Rok XXX. Kraków, 4 Kwietnia 1891. Nr. 14.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Zasady racyjonalnego leczenia nowotworów złośliwych (raków).

Doniesienie czwarte.

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Wykazanie przezemnie jadowitości nowotworów złośliwych i swoistego znaczenia komórek rakowych zmienia nietylko dotychczasowe zapatrywania na przyrodę nowotworów złośliwych, lecz nadaje pewną podstawę leczeniu raków dotychczas prawie bezskutecznego.

Rak jest jak wykazałem w pierwszem doniesieniu nowotworem o tyle zakaźnym, że w ustroju raz zajętym szerzy się i niszczy go przez przerzuty.

U chorego na raka spotykamy zatem dwie sprawy: 1) nowotwór sam, a więc zmiany miejscowe, które sprowadza i 2) zakażenie ogólne, przedstawiające się w przerzutach widocznych i w zawiązkach nie urosłych jeszcze w guzy.

Leczenie więc racyjonalne raków ma także podwójne zadanie: z jednéj strony usunąć raka macierzystego, aby daléj nie zakażał, a więc działać miejscowo, a z drugiéj strony znieść zakażenie chorego ustroju, które już nastąpiło, krótko mówiąc poddać ustrój ogólnemu, niejako czyszczącemu postępowaniu leczniczemu.

Dla wypełnienia pierwszego zadania działanie miejscowe jest najlepszym środkiem i pozostaje nim nadal nóż w ręku zręcznego operatora. Jak mało jednak i ten środek spełnia swe zadanie, poucza wymownie smutna historyja recydyw.

Drugie zadanie, zadanie leczenia ogólnego, może wypełnić tylko środek, który wprowadzony w soki chorego ciała, niszczy zawiązki choroby i do zaniku doprowadza przerzuty.

Na zewnątrz skuteczność takiego środka powinna się objawić zmniejszeniem charłactwa. Ponieważ zaś charłactwo między innemi wywoływa utratę ciężaru ciała, to też miarą skutecznego leczenia raka będzie wprost zachowanie się ciężaru ciała chorego.

Leczeniu już wtedy zadość uczynimy, gdy uda nam się chorego uwolnić od przerzutów.

W ten sposób bowiem niszczymy z jednéj strony zawiązki rakowe niewidoczne, z drugiéj strony zamieniamy chorobę ogólną na miejscową, którą ewentualnie można usunąć zabiegiem operacyjnym.

Wynika z tego, że z obu wyżej wymienionych zadań drugie, to jest usunięcie zakażenia rakowego jest ważniejszem i ma o wiele większe znaczenie. A tego właśnie dotychczas ani nie wykonano, ani nawet nie uwzględniano.

Wszystkie bowiem lepsze usiłowania, jakie dotychczas w zamiarze leczenia raka czyniono, środki jak: *oleum terebinth. de Chios*, *Condurango* można pominąć, — były skierowane jedynie ku miejscowemu niszczeniu nowotworu.

Z tych to powodów, musi się zmienić dotychczas praktykowana zasada leczenia raków.

Leczenie w sposób racyjonalny powinno się odbywać nie z zewnątrz ku wewnątrz, lecz odwrotnie od środka ku obwodowi.

Na podstawie własnych spostrzeżeń, poprzednio przedstawionych, przypuszczam możebność zadość uczynienia temu żądaniu.

Nim jednak wydoskonalę swój sposób leczenia w metodę dla każdego dostępną i w ręku każdego bezpieczną, i granicę jego wartości leczniczéj w rozmaitych rodzajach i okresach rozwoju raka sam ścisłą obserwacyją kliniczną oznaczę, ograniczam się tymczasem do stwierdzenia faktu, że udało mi się przy ścisłéj kontroli i innych przerzuty rakowe w niedwuznaczny sposób do-

prowadzić do zaniku, a w samej tkance rakowéj wywołać oddziaływanie z widoczną dążnością do wyleczenia.

Przerzuty zanikają, stając się coraz to miększymi i mniejszymi w ten sposób jednostajnie niknąc. Rak zaś oddziaływa w ten sposób, że wśród jużto silniejszych, już słabszych bolów (rwanie, kłócie) on sam t. j. tkanka przez niego zajęta, nie otoczenie tejże, obrzmiewa, staje się czerwonym, następnie ulega obumarciu w drobnych partyjach, które się oddzielają, albo wydziela sino-białą masę cuchnącą i w ten sposób zapada się i niszczeje.

Podczas gdy znikanie przerzutów względnie prędko postępuje, to zniknięcie raka samego przy opisanem oddziaływaniu jest sprawą długo trwającą, zależną prawdopodobnie od wielkości stanu rozwojowego i przyrody nowotworu.

Gdzie więc oddziaływanie ma mieć na celu leczenie, tam należy je wywoływać systematycznie i często, co tem łatwiéj można uskutecznić, o ile oddziaływanie nie wpływa wcale niekorzystnie na narządy zdrowe i na stan ogólny chorego, a nawet nie wywoływa podwyższenia ciepłoty.

Że wskutek wyż opisanego oddziaływania nowotwór okazuje dążność do wyleczenia, wynika z następujących uwag: 1) Cząstki, które wydziela rak wśród owego oddziaływania, składają się oprócz szczątek tkanki przez raka zniszczonéj z właściwych składników samego raka. Składniki zaś prawidłowe, histologiczne ciała chorego zostają nietknięte.

2) Przerzuty i sam rak okazuje pod wpływem opisanego oddziaływania rozrzedzenie tkanki przez znikanie tych składników.

3) Podczas, gdy przerzuty znikają, a w raku występuje oddziaływanie, poprawia się nietylko czynność bezpośrednio zajętego narządu, ale i stan ogólny chorego, przyczem ciężar ciała się zwiększa.

Powyższe wyniki stwierdziły ścisłe spostrzeżenia kliniczne na następujących chorych, dla dokładności obserwacyi z rakami zewnętrznemi wybranych.

I. Dwaj wieśniacy Kula (lat 50) i Stokłosa (l. 58) byli dotknięci na dolnéj wardze po prawéj stronie małemi nowotworami rakowemi i nadawali się dlatego do kontroli. Pierwszego leczono, drugiego zaś nie. U pierwszego wystąpiło oddziaływanie miejscowe i gruczoły limfatyczne się zmniejszyły, u drugiego nieleczonego nic się nie zmieniło. (Oddz. chir. prof. Obalińskiego).

II. Innego znowu przypadku użyto w tym celu, aby zbadać zmiany w tkance rakowéj i przerzutach występujące wśród leczenia.

M. Pytel, wieśniak (l. 64). Naciek rakowy grzybiasty na wardze dolnéj, długości 4 ctm., grubości 5 ctm. Kilka twardych gruczołów limfatycznych, podszczękowych, wielkości grochu.

Skoro pod wpływem leczenia gruczoły limfatyczne zmniejszyły się, a rak sam jużto obrzmiewając, jużto zapadając się, znacznie się zmniejszył, operował chorego prof. Obaliński.

Badanie drobnowidowe raka samego jakoteż gruczołów limfatycznych wykazało rozrzedzenie tkanki przez zniknięcie komórek.

III. Na trzecim przypadku miano stwierdzić wartość leczniczą mojéj metody.

J. Gabuł, robotnik, l. 68. W samym środku wargi dolnéj rak w postaci mniéj więcéj kostki grubości 1 ctm. długości 4 ctm., chrząstkowato twardy, rozpadający się na brzegu wargi, od strony błony śluzowéj w wyniosłości jak kreda białawe i twarde. Warga zajęta mało poruszalna. Z tego powodu mowa bardzo niewyraźna, gwizdanie i palenie fajki niemożliwe. Na szyi 13 gruczołów obrzękłych, bardzo wyraźnych, twardych, od wielkości śliwki do grochu. Dnia 3/I 1891 początek leczenia. Ciężar ciała 60·5 klg. Powolne znikanie gruczołów limfatycznych. — Dnia 4/III 1891. Wszystkie gruczoły uległy zmianie podczas leczenia.[1]) Większa ich część znikła zupełnie. Z 3 lub 4 gruczołów pozostały resztki, które można było jeszcze wyczuć po większéj części tylko przy bardzo starannem i mozolnem obmacywaniu.

Ciężar ciała podniósł się od dnia 3/I do 10/II 91 na 64·70 klg. a więc o 4·2 klg. w 5 ledwie tygodni.

Miejsce rakiem zajęte zmieniło swoje wejrzenie i swoje rozmiary, okazuje zbitość mięśnia i ciągle jeszcze oddziaływa, wydzielając składniki rakowe. Wyniosłości twarde od strony błony śluzowéj znikły.

Mowa zupełnie dobra, gwizdanie i palenie znów możliwe.

Z przebiegu zmian, przedewszystkiem mikroskopowych, w samym nowotworze wnosić można, że i on ulega zanikowi i że wyleczenie tegoż jest prawdopodobnie tylko kwestyją czasu. O dalszym przebiegu sprawy późniéj doniosę.

J. Gabuł był leczony z początku w klinice ch. wewn. prof. Korczyńskiego, późniéj ambulatoryjnie.

Kandydat med. p. Filip Müller zajął się nadzwyczaj troskliwie chorym i obserwacyje jak najściśléj przeprowadzał.

Dodaję w końcu, że opisane przypadki były jedynemi, na których w ogóle doświadczenia czyniłem. — Wystąpiło tedy oddziaływanie u wszystkich chorych, których dotychczas do prób użyto.

W jakim stosunku do tego stopnia pewności, z jaką moja metoda wywoływa oddziaływanie miejscowe w chorych tkankach, stoi wartość jéj lecznicza w rozmaitych postaciach i zakresach rozwojowych raków, będę się starał dalszemi badaniami nad chorymi wyjaśnić.

Dokładne historyje wymienionych wyżéj chorych późniéj będą ogłoszone.

Pp. proff. Obalińskiemu i Korczyńskiemu, ich asystentom i p. Filipowi Müllerowi składam serdeczne podziękowanie za poparcie. — Przedewszystkiem czuję się zobowiązanym kol. Obalińskiemu, który od lat kilku tę moją pracę życzliwością zasila.

II. Z kliniki prof. Neissera we Wrocławiu.

O leczeniu rzeżączki u kobiet.

Podał
Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Pracując od 3 miesięcy w klinice prof. Neissera na oddziale kobiecym (prostytutek), w którym liczba chorych wynosi mniéj więcéj 50, miałem sposobność obznajomienia się z poglądami i zasadami, jakiemi kieruje się tutejsza szkoła co do umiejscowienia, rozpoznania i leczenia rzeżączki u kobiet, a któremi zamierzam tylko dlatego podzielić się z szanownymi czytelnikami, że różnią się one znacznie od ogólnie przyjętych sposobów leczenia.

[1]) W przypadku Kuli mogłem stwierdzić, że gruczoły zmniejszające się podczas leczenia są nowotworowe.

O rozpoznawaniu rzeżączki u kobiet rozstrzyga wyłącznie obecność gonokoków w wydzielinie błony śluzowéj cewki moczowéj lub szyjki macicy, a nie pochwy. Liczba prostytutek we Wrocławiu jest zbyt wielką, aby lekarz policyjny u każdéj z nich mógł mikroskopowo badać wspomniane wydzieliny. Prof. Neisserowi udało się o tyle przeprowadzić zastosowanie rozpoznania mikroskopowego u prostytutek, że u każdéj w ciągu roku bywa ono mniéj więcéj 6—8 razy dokonywane. Naturalnie w przypadku, gdzie makroskopowo dająca się wykazać wydzielina, czy to z cewki, czy z szyjki macicy, budzi podejrzenie na obecność rzeżączki, badanie mikroskopowe w kierunku gonokoków nigdy pominiętem nie bywa.

Rozpoznanie rzeżączki, oparte na wykazaniu gonokoków, pociąga za sobą, że często zostaje przysłaną do szpitala prostytutka, u któréj żadnéj wydzieliny ani z cewki moczowéj, ani z szyjki macicy wykazać nie można, a błona śluzowa pochwy przedstawia się zupełnie prawidłowo; wtedy tylko badanie mikroskopowe wyjaśnia przyczynę, dla któréj dotycząca chora została przysłaną do szpitala.

Prof. Neisser w pracy swéj: „*Ueber die Mängel der zur Zeit üblichen Prostituirtenuntersuchung*“ zaznacza, że z pośród 126 prostytutek, u których czy to w wydzielinie cewki moczowéj, czy to szyjki macicy wykazano gonokoki, tylko u 26 makroskopowo, dająca się wykazać wydzielina, budziła podejrzenie na obecność rzeżączki.

O rozpoznaniu rzeżączki szyjki macicy (tak samo jak cewki moczowéj) rozstrzyga tylko obecność gonokoków w wydzielinie téjże. O ile usprawiedliwione jest rozpoznanie rzeżączki szyjki macicy, oparte na wykazaniu gonokoków, okazuje się ze statystycznego zestawienia w powyższéj pracy prof. Neissera, według którego u 56 prostytutek, u których istniejąca obfita ropna wydzielina z szyjki macicy budziła podejrzenie na obecność rzeżączki, mimo dokładnego badania mikroskopowego w żadnym przypadku gonokoków wykazać się nie udało. Z drugiéj strony można czasem wykazać tam gonokoki, gdzie prawie żadnéj wydzieliny nie ma, a więc gdzie badanie makroskopowe do rozpoznania rzeżączki nie uprawnia. Co do pochwy, to szkoła tutejsza hołduje zapatrywaniu [1]), że takowa u kobiet dorosłych nie jest nigdy siedzibą rzeżączki jako takiéj, a sprawy zapalne, jakie się na niéj napotyka, są tylko o tyle w związku z rzeżączką, o ile takowa zajmuje szyjkę macicy, któréj wydzielina spływając do pochwy, drażni ją i wywołuje sprawę zapalną na niéj. W wydzielinie pochwy, jeżeli istnieje rzeżączka szyjki macicy, udaje się wykazać gonokoki, jakkolwiek bardzo nieliczne, a wykazanie ich wobec wielkiéj ilości różnych bakteryj i koków jest bardzo utrudnione. Jednak po dokładnem zatamponowaniu ujścia szyjki (po 24 godzinach) wykazać ich nie można.

[1]) Dr. Steinschneider w pracy: *Ueber den Sitz der gonorrhoischen Infection beim Weibe*, przeprowadzonéj w klinice prof. Neissera, wykazał, że z pośród 37 kobiet dotkniętych rzeżączką (z tych 34 ostrą, 3 chroniczną), tylko w jednym przypadku, dotyczącym zgwałconéj dziewczynki, udało się, po poprzedniem przestrzykaniu pochwy i zatamponowaniu ujścia pochwowego macicy w wydzielinie błony śluzowéj pochwy wykazać gonokoki. Do podobnych wyników przyszedł Bumm: *Beitrag zur Kenntnis der Gonorrhoë der weiblichen Genitalien* (*Arch. f. Gynäk.*, 23 Bd., 3 Heft, 1884) i Fabry (Würzburg): *Ueber die gonorrhoische Schleimhautaffection beim Weibe* (*Deut. med. Wochenschrift*, 1888, Nr. 43).

Co do leczenia rzeżączki, to uwzględnia tutejsza szkoła tylko cewkę moczową i szyjkę macicy; zmiany zapalne pochwy, o ile są (według tu przyjętych zapatrywań) w związku z rzeżączką szyjki macicy, ustępują równocześnie z wyleczeniem ostatniéj; i to podnoszą zwolennicy, jako jeden z silniejszych dowodów, że pochwa nie jest nigdy siedzibą pierwotną rzeżączki.

Leczenie rzeżączki cewki moczowéj zależy od nasilenia tejże, a względnie od ilości gonokoków, która zależnie od okresu rzeżączki bywa różną.

Jeżeli badanie mikroskopowe wykaże obfitą ilość gonokoków, co odpowiada zwykle rzeżączce ostréj lub przyostréj, to tuszujemy cewkę moczową przez wprowadzony cewnik $^1/_2$ do 10% roztworem azotanu srebrowego, a bezpośrednio po tem wprowadza się do cewki mocz. podłużny kawałek gazy sterylizowanéj napojony tym samym roztworem, który wyjmuje się mniéj więcéj po godzinie. Zwykle ogranicza się na 2 lub 3 wytuszowaniach, aby przejść następnie do wstrzykiwań $^1/_2$% roztworu azotanu srebrowego. Postęp w leczeniu kontroluje się jedynie badaniem mikroskopowem, które również rozstrzyga o wyleczeniu rzeżączki.

Przy powyższem postępowaniu, do wyleczenia rzeżączki cewki moczowéj w tem pojęciu, że gonokoków w wydzielinie jéj wykazać nie można, czyli że *urethritis* cechę *gonorrhoica* utraciła, potrzeba mniéj więcéj czasu 4—5 tygodni. Po upływie tego czasu, aby się upewnić, że wynik ujemny badania mikroskopowego nie jest przypadkowy i czasowy, przestrzykujemy *ut aliquid fiat* cewkę moczową płynem obojętnym np. słabym roztworem kwasu borowego i to przez 8—dni. Jeżeli po téj przerwie wynik badania mikroskopowego wypadnie znów ujemnie, rzeżączka zostaje uznaną za uleczoną, przynajmniéj w tem pojęciu, że utraciła charakter zakaźny.

Przechodząc do leczenia rzeżączki szyjki lub trzonu macicy, to nie różni się ono wiele od leczenia ginekologicznego spraw zapalnych tego narządu. W położeniu kolanowo-łokciowem, po poprzedniem rozszerzeniu szyjki (u pierwiastek) za pomocą pręcików *Tupelo* lub blaszkownicy przepłukujemy szyjkę macicy (starając się o ile możności wprowadzić kateter do próżni macicy), najprzód roztworem węglanu sodowego, następnie sublimatu 1:2000 z małą domieszką wyskoku. W niektórych razach, aby upewnić się o należytym odpływie wydzieliny drenujemy macicę gazą jodoformową.

Przebieg choroby kontroluje badanie mikroskopowe, które w podobny sposób, jak przy rzeżączce cewki moczowéj przeprowadzone, rozstrzyga o wyleczeniu rzeżączki szyjki. Czas do tego potrzebny wynosi 5 do 6 tygodni, w przypadkach uporczywych znacznie dłużéj.

Co do częstości siedziby rzeżączki, to ze zestawienia statystycznego na oddziale prostytutek zebranego okazuje się, że z pośród 126 była u:

49	rzeżączka	cewki moczowéj,
43	„	szyjki macicy,
34	„	obu.

Przeważa więc co do częstości rzeżączka cewki moczowéj. Powyżéj podane liczby otrzymane zostały w ciągu kontroli głównéj, podczas któréj prof. Neisser z asystentami bez wyjątku u każdéj prostytutki badał mikroskopowo wydzielinę otrzymaną z cewki moczowéj i szyjki macicy. Zwykle zaś procent dotkniętych rzeżączką saméj szyjki macicy jest mniej-

szy, co pochodzi stąd, że lekarz policyjny bada tylko wydzielinę cewki moczowéj, a jeżeli w niéj gonokoków nie znalazł, nie bada wydzieliny szyjki macicy, chyba, że ta już makroskopowo budzi podejrzenie co do obecności rzeżączki.

Wykazanie gonokoków w rzeżączce ostréj jest łatwe, w chronicznéj zaś lub leczonéj o wiele trudniejsze i nieraz trzeba badać kilka preparatów, ślęczeć nad mikroskopem godzinę i dłużéj, nim uda się wykazać typową gromadkę, a może się i nie udać!

To też o ile wykazanie gonokoków, czy to w wydzielinie cewki moczowéj, czy szyjki macicy uprawnia do rozpoznania rzeżączki, to brak takowych nie wyklucza jéj z bezwzględną pewnością (zwłaszcza w przewlekłych rzeżączkach).

W końcu ośmielę się opisać po krótce sposób badania i odrębnego prowadzenia historyi choroby.

Wydzielinę do badania otrzymujemy za pomocą łyżeczki o tępych brzegach (podobnéj do Volkmannowskiéj). Posługaczka kliniczna rozciera wydzielinę na szkiełku, wysusza, a na przylepionéj etykiecie wypisuje nazwisko choréj, a zależnie od tego, czy wydzielina jest z cewki moczowéj (*urethritis*), czy szyjki macicy (*cervix*) dodaję literę „u“ lub „c“. Do historyi choroby każdéj prostytutki, która ma rzeżączkę, dołączony jest osobny blankiet (*Gonorrhoë-Formular*), w którym zależnie od wyniku badania mikroskopowego notuje się co kilka dni np. „u“ +, „c“ —.

W końcu czuję się w obowiązku podziękowania prof. Neisserowi za łaskawe pozwolenie na ogłoszenie niniejszego sprawozdania.

III. Z pracowni profesora Cornila w Paryżu.

O udziale krwi w powstawaniu produktów zapalnych.

Napisał

Andrzéj Obrzut z Pragi.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13.)

Powłoka przybłonkowa powierzchowna jest w niektórych miejscach pod błoną rzekomą zupełnie dobrze zachowana, zwykle jednak brak jéj zupełny, a błona rzekoma przylega bezpośrednio do utkania limfatycznego gruczołu, lub oddzielona jest warstwą krwi niezmienionéj lub wreszcie przemienionéj w istotę drobnoziarnistą bezbarwną z wakuolami wielkością i kształtem ciałkom krwi czerwonym odpowiadającemi. W pewnych miejscach naczynia krwionośne otwierają się jakby do błony rzekoméj. Treść ich przechodzi wprost w błonę rzekomą.

Obraz anatomiczny błon rzekomych na nagłośni i w krtani jest zupełnie ten sam, z tą tylko różnicą, że w samem utkaniu błony śluzowéj bardzo małe i nieliczne tylko znajdują się ogniska krwotokowe, co zresztą łatwo można wytłumaczyć własnościami budowy tych części.

b) Błony rzekome w zapaleniu błon surowiczych.

W celu badania zapalenia włóknikowego błon surowiczych wykonywałem przekroje prostopadłe do powierzchni różnych narządów pokrytych masami włóknikowemi. Przypatrzmy się bliżéj n. p. przekrojowi przez błonę rzekomą pokrywającą wątrobę w zapaleniu otrzewny włóknikowem. Sądząc po barwie białożółtawéj i zbitości skrzepów przypuszczać należało, że głównym składnikiem takich błon rzekomych jest włóknik. Tak jednak bynajmniéj nie jest a są one złożone z samych ciałek białych i czerwonych, które zależnie od głębokości, w różnym są do siebie stosunku ilościowym. W środkowych warstwach błony rzekoméj są one, o ile to w przybliżeniu ocenić można, w równych ilościach w warstwach powierzchownych przeważają znacznie ciałka czerwone, w warstwach przylegających do torebki wątrobowéj stosunek ten jest różny. Ciałka czerwone nie są jednostajnemi jak prawidłowe, ale stały się niewyraźnie ziarnistemi. Kontury ich są ostre lub nierówne, albo też prawidłowe, wreszcie spotykamy obok tych ciałka o wiele mniejsze od prawidłowych, które napotykamy w wielkiéj ilości w świeżéj krwi ogrzewanéj między dwoma szkiełkami. Tylko w pewnych miejscach widzimy grubsze włókienka powstałe z ciałek czerwonych przez znane nam ugrupowanie się hemoglobiny i odbarwienie ciałek samych. Często widzimy daléj jak cała masa ciałka wydłuża się i tworzy punkt wyjścia dla owych włókienek, optycznie co do barwy i budowy identycznych z istotą niezmienionych ciałek czerwonych. Ta siatka hemoglobinowa szczególnie jest silniéj rozwinięta tuż przy torebce wątroby i miejscami przechodzi w siatkę chromatynową, włóknik autorów. Co do leukocytów, drugiego składnika błon rzekomych, to definicyi téj dla jąder tu nagromadzonych tylko z zastrzeżeniem użyć możemy. Już owe małe ciałka czerwone (mikrocyty), tak liczne w pewnych częściach błony rzekoméj, barwiły się niekiedy lekko safraniną, w całości lub w pewnéj tylko części, n. p. na obwodzie. Te mikrocyty stanowią przejście do jąderek nagich chromatynowych. Podobne jąderka pojedyncze lub po kilka spotykamy w ciałkach czerwonych, a ułożenie ich przypomina żywo fragmentacyję pośrednią Arnolda, objaw, który niekoniecznie musimy pojąć w znaczeniu tego autora, mianowicie jako objaw dzielenia się jądra. — Znajdujemy daléj jądra zupełnie leukocytom jednojądrowym odpowiadające, gdzieniegdzie nawet jądra zbliżone do epitelijoidowych. Wszędzie jednak jeśli jest jakaś obwódka naokoło tych jąder, to ta więcéj przypomina istotę ciałek czerwonych, niż bezbarwne pierwoszcze prawidłowych leukocytów. Obrazów tych inaczéj pojąć nie można, jak tylko jako przemianę ciałek czerwonych w leukocyty.

Jeśli tak jest, łatwo możemy pojąć, dlaczego to tak często zapalenie t. zw. włóknikowe otrzewny kombinuje się z zapaleniem ropnem lub z drugiéj strony krwotokowem.

Między błoną rzekomą a torebką często znajdujemy warstwę krwi niezmienionéj lub przemienioną w drobnoziarnistą masę z wakuolami. W innych miejscach siatka hemoglobinowa przylegająca do torebki przechodzi wprost w włókienka tejże, widoczny objaw organizacyi błony rzekoméj. Co do saméj torebki, to włókna jéj są jakby rozluźnione, a w oczkach liczne leukocyty lub ciałka czerwone, często z jądrami.

VI. Wnioski.

W powyższych spostrzeżeniach, w których starałem się o jak najbardziéj przedmiotowe i nieuprzedzone przedstawienie rzeczy, uderza przedewszystkiem spostrzeżenie, że w różnych postaciach anatomicznych sprawy zapalnéj stałe składniki tkanin uległych zapaleniu zachowują się zupełnie biernie, a przedewszystkiem nie mają żadnego udziału przy powstawaniu produktów zapalnych.

Cały punkt ciężkości sprawy zapalnéj, jakakolwiekbądź jest jéj postać, przenieść musimy na krew i naczynia krwionośne. Obecny stan nauki o pochodzeniu różnych składników krwi, mianowicie ciałek czerwonych i białych, na pozór stoi w sprzeczności w wielu punktach z mojemi spostrzeżeniami. Powszechnie jest przyjętem przypuszczenie, że początek ciałkom czerwonem dają ciałka białe. Na poparcie jednak tego przypuszczenia nie mogę w dotyczących rozumowaniach znaleść ani jednego argumentu przekonywającego. Ta okoliczność, że spotykamy ciałka czerwone z jądrami, niekoniecznie przemawia na korzyść owego przypuszczenia. Z tem samem co najmniéj prawdopodobieństwem możemy widzieć w ciałkach czerwonych z jądrami ciałka, które przechodzą w leukocyty. I właśnie do tego to przypuszczenia

zmuszają nas bardzo poważne argumenty, których nam dostarczyły nie tylko nasze spostrzeżenia sprawy zapalnéj, ale cała fizyjologija i patologija krwi. I tak przedewszystkiem widzieliśmy w narządach różnych uległych zapaleniu i w produktach zapalnych ciałka krwi czerwone z jądrami, podobnie w krwi wynaczynionéj. Znaleźliśmy dalej ilość leukocytów daleko większą, niż to krwi odpowiada lub nawet same leukocyty w tych miejscach, gdzie poprzednio krew o prawidłowym stosunku ilościowym swych składników się znajdowała. We wszystkich tych razach można było na pewne wykluczyć następową immigracyję leukocytów. Przyjąwszy nawet, że ciałka białe przechodzą w t. zw. narządach produkujących krew w ciałka czerwone, to przyjąć równocześnie musimy, że ciałka czerwone są komórkami w całem tego słowa znaczeniu, w których tylko jądro i pierwoszcze zlały się w jednę istotę. Przypuszczenie zatem, że wśród pewnych warunków może nastąpić na nowo to rozdzielenie tych dwóch istot składających ciałka czerwone, nie powinno być śmiałem.

Niektóre fakta w patologii krwi, jak np. znaczna ilość ciałek czerwonych z jądrami w krwi leukemicznéj, łatwo pojmiemy; są to niewykształcone jeszcze leukocyty.

W różnych produktach zapalnych stwierdziliśmy obok jąder leukocytów, daleko mniejsze ziarenka istoty chromatycznéj jużto wolne, jużto w ciałkach czerwonych ułożone, a miało to miejsce w tych razach, gdzie obok ciałek czerwonych o prawidłowych rozmiarach znajdowały się i daleko mniejsze mikro- i poikilocyty. W niektórych z tych małych ciałek czerwonych widzieliśmy ziarenka istoty chromatycznéj na obwodzie lub w środku. W tych to odłamkach ciałek czerwonych musimy widzieć źródło owych ziarn chromatynowych, tak nieraz licznych n. p. w gruzełkach, gdzie zazwyczaj uważano objaw ten za produkty rozpadu składników komórkowych gruzełka. Takie mnóstwo ziarn chromatynowych spotykamy daléj np. w infarktach nerek, mianowicie w przestworach międzymiąższowych korowych, w których tak wielkiéj ilości ziarn tych rozpadem stałych jąder tutaj się znajdujacych z pewnością tłumaczyć nie można, bo aby dać początek tylu odłamkom istoty chromatycznéj, musiałoby było znajdować się w tych przestworach daleko większe mnóstwo komórek stałych niż to faktycznie ma miejsce. W centrach infarktów nie widzimy dalej nacieków drobnokomórkowych, do których rozpadu możnaby apelować, aby wyjaśnić pochodzenie tych ziarn. Są to poprostu odłamki ciałek czerwonych, które wskutek zmienionych warunków odżywczych dają początek istocie chromatycznéj. Te same warunki, które prowadzą to rozdzielanie ciałek czerwonych na pojedyncze odłamki, mogą wywołać to rozdzielenie dwóch istót składających ciałka, istot, z których jedna ma własności chromatynowe.

Owe małe ziarenka chromatynowe zupełnie są identyczne z ziarenkami niektórych leukocytów, mają kształt zakrzywiony, lub okrągły, kształt ziarna kminu lub fasoli, a z grupy takich samych ciałek są często złożone jądra leukocytów. W téj saméj postaci zjawiają nam się te ziarna i w ciałkach czerwonych. Zazwyczaj z jednego ciałka czerwonego powstaje jedno białe, gdy jednak ciałka czerwone ulegają fregmentacyi, to i odłamki te dają początek istocie chromatycznéj ale nie w postaci jąder leukocytów, lecz ziarn daleko drobniejszych. Być może, że i te ziarenka przez łączenie się w grupy tworzą jądra większe. W każdym razie nie są to produkta rozpadu leukocytów (Riess), a stoją w ścisłym związku z fragmentacyją ciałek czerwonych. Bez wątpienia tak zwane hematoblasty Hayema i płytki (*plaquettes*) Bizzozera pochodzą z ciałek czerwonych. Widzieliśmy tylokrotnie wśród naszych spostrzeżeń płytki nagromadzone w tych miejscach, gdzie bezwątpienia znajdowały się ciałka czerwone (n. p. warstwa krwi pod powłoką kolodyjum na gruczole piersiowym królika). Ciałka te na pewno nie są prawidłowemi składnikami krwi, wśród pewnych tylko bliżéj trudnych do określenia warunków powstają z ciałek czerwonych. Widzieliśmy dalej, że istota chromatyczna często przedstawia się w postaci płytek. Ta okoliczność również łączy płytki z pewnemi przemianami ciałek czerwonych.

Jakakolwiek rzecz się ma z poikilo- i mikrocytami, płytkami Bizzozera i hematoblastami Hayena, ze spostrzeżeń naszych wynika na pewno, że w ciałkach czerwonych przychodzi do wytworzenia istoty chromatycznéj, a z téj powstają wszelkie inne postacie jąder, mianowicie jądra leukocytów i jądra epitelijoidowe. Ze znanego epokowego doświadczenia Cohnheima wynika, że ciałka czerwone równie łatwo przechodzą przez ściany naczyń, jak ciałka białe. Nie znamy dotąd przemian, jakie te ciałka czerwone po opuszczeniu naczynia przechodzą, czy w nich n. p. nie przychodzi do wytworzenia istoty chromatycznéj i czy one przez to poza naczyniami nie stają się leukocytami, owym naciekiem drobnokomórkowym tkanin uległych zapaleniu. Doświadczenie Cohnheima domaga się koniecznie rewizyi w tym kierunku. Za prawdopodobieństwem tego przypuszczenia przemawia oprócz wyżéj opisanych doświadczeń z ciałami obcemi, wprowadzonemi do jamy brzusznéj, już i ta okoliczność, że w naczyniach z silnym naciekiem małokomórkowym w otoczeniu prawie nigdy nie znajdujemy t. zw. ułożenia przybrzeżnego leukocytów, co w takich razach powinnoby być zwyczajnym objawem. Jeśli zaś przypadkiem znajdziemy kilka ciałek białych tuż przy błonie wewnętrznéj naczynia, możnaby objaw ten tłomaczyć już odbytą przemianą ciałek czerwonych w białe w naczyniu samem.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

(Dok. Patrz Nr. 13.)

Dodać zresztą winienem, że niektórzy autorowie używają tylko jednéj piły. Przy zachowaniu tych ostrożności gojenie następuje bez ropienia, bez tworzenia się następczych blizn; krwawienia znaczniejszego zazwyczaj nie bywa, może się jednak zdarzyć (Walsham). W ostatnich czasach zaczynają (w Ameryce) używać pił elektrycznych;

4) Do narzędzi, bez których obyć się nie można przy leczeniu operacyjnem zboczeń przegrody nosa zaliczyć należy różnéj wielkości i szerokości dłutka zwykłe, najlepiéj rowkowate, któremi po nacięciu i oddzieleniu błony śluz. usuwamy wypukłą część *septi*, zwłaszcza zaś wyrostki (*spinae*) Zwykle wystarcza siła ręki, czasami tylko posiłkujemy się lekkiemi uderzeniami młotka. Dłutek do powyższych celów używają Jurasz, Heymann, Seiler, Moure, Bresgen, Schaeffer i wielu innych i ja również chętnie je stosuję przedewszystkiem dla usunięcia wyrostków (*spinae*, *cristae*). Że leczenie pooperacyjne winno być ściśle antiseptyczne, nie potrzebuję dodawać;

5) W ostatnich czasach wśród angielskich, a jeszcze więcéj amerykańskich lekarzy wchodzi bardzo w użycie trepan zwykły przez dentystów używany (*dental drill*) lub elektryczny. Pierwszy stosują Hovell, Hill, Lennox Brown, Brouner itd. Elektryczny wprowadzony został przed kilku laty do terapii zboczeń przegrody nosa przez Jawisa z Now.-Yorku. Stosują go również Curtis, Mac Intyre, wreszcie Spicer z Londynu. Rzeczywiście, jak o tem miałem sposobność przekonać się, elektryczny trepan ma stanowczo wyższość nad zwykłym, jakkolwiek muszę przyznać, że wogóle do zwolenników trepanów się nie zaliczam. Ujemną ich stronę stanowi to, że zostawiają zawsze nierówną powierzchnię. G. Stoker jest również tego zdania. Oto są główniejsze narzędzia przy zboczeniach przegrody nosa napotykane. Obecnie przechodzę do opisu niektórych krwawych operacyj tego cierpienia.

Jeszcze w połowie 19 go wieku Dieffenbach wycinał z wypukłéj części *septi* kawałki (owalne) chrząstki. Mniéj więcéj w podobny sposób postępowali i inni chirurgowie, jak Chassaignac, Demarquay i Langenbeck. Blaudin, Rupprecht i Roser używali w tym celu osobnego instrumentu, kleszczyków dziurawiących na podobieństwo tych, jakich używają na kolejach do stemplowania biletów. Metoda ta jednak, polegająca na sztucznéj perforacyi przegrody, ma swe ujemne strony (Schech, Moure): 1) dostęp dla instrumentu ze względu na znaczne zazwyczaj zwężenie jamy nosowéj jest bardzo trudny; 2) co ważniejsza samo zboczenie resp. następstwa jego dla ustroju pozostają bez zmiany, chociaż bowiem powietrze przez sztuczny otwór dostaje się do zwężonéj jamy, lecz zatrzymywanie się śluzu itd. w dalszym ciągu pozostają. Przytem jest to metoda bolesna. Hartman i Petersen postępują inaczéj: po uprzedniem oddzieleniu błony śluz. z wypukłéj części przegrody wycinają kostnemi nożycami kawałek chrząstki wielkości 10 fenigówki, poczem błonę śluzową zaszywają i wkładają rurki gumowe dla utrzymania przegrody w odpowiedniéj pozycyi.

Baecker zamiast nożyc używał przez siebie skonstruowanych kleszczy. Metoda ta ma wyższość nad poprzedzającą, lecz również jest bolesną.

W ostatnich czasach Krieg podał nową metodę, polegającą na resekcyi *cart. quadrangularis* wraz z błoną śluzową (nacięcie błony śluz. w kształcie prostokąta, wycięcie z błony śluzowéj i chrząstki tyle, ile potrzeba dla usunięcia zwężenia, poczem tampon z waty, jodoform). Metoda ta jednak nie zyskała zwolenników ze względu na bolesność i mocne krwawienie (Schech).

Jonathan Wright postępuje w następujący sposób: po zakokainowaniu wytwarza w *septum cartilaginosum* za pomocą elekromotorowego trepana kanał okrągły w kierunku od przodu ku tyłowi na największéj wypukłości *septi*, kanał głęboki aż do błony śluzowéj strony przeciwnéj lecz bez perforacyi. Poczem piłę elektryczną (można użyć i zwykłéj Boswortha) wprowadza się w kanał, oddzielając odcinki zewnętrzne od wewnątrz leżących; trzymać się przytem ściśle należy linii pośrodkowéj. Tym sposobem spory segment zgrubiałéj chrząstki z wypukłości przegrody można usunąć. Zbyt skomplikowana to jednak metoda, aby prawo obywatelstwa zyskać sobie mogła.

Roberts resekuje chrząstkę pod błoną śluzową i unika przez to perforacyi. Ash za pomocą specyjalnych nożyc (tępy koniec do zwężonéj, ostry do rozszerzonéj jamy) robi cięcie na krzyż, poczem wprowadzonym do zwężonéj jamy dłutkiem wywiera ucisk na przegrodę, prostuje ją i za pomocą odpowiednich przyrządów utrzymuje w nadanéj pozycyi. Jestto również wysoce skomplikowana metoda.

Na zaznaczenie natomiast zasługuje metoda Schecha, mająca tę dodatnią stronę, że nie jest skomplikowaną: resekuje on za pomocą główkowatego noża wypukłą część przegrody w całéj grubości t. j. z perforacyją, co bynajmniéj szkodliwem nie jest i zmian żadnych w zewnętrznéj formie nosa ze sobą nie pociąga.

Wszystkie te, powyżéj opisane operacyje krwawe, usunięcie zboczeń przegrody nosa na celu mające zawsze, zdaniem mojem napotykać będą na wielkie przeszkody, co do ich rozpowszechnienia. Mają one bowiem wiele stron ujemnych: i tak są to niesłychanie bolesne rękoczyny, nie pomaga tu zwykłe zastosowanie kokainy pod postacią pędzlowań, trzeba użyć podśluzowych injekcyj; daléj krwawienie przy nich jest zawsze mniéj lub więcéj obfite, sama operacyja ciężka, leczenie zaś pooperacyjne żmudne; nie zawsze prowadzi do celu, czasami następują zrosty z muszlami. Na wyróżnienie ze wszystkich powyżéj przytoczonych metod zasługują zdaniem mojem: 1) Hartmana i Petersena, a jeszcze bardziéj 2) Schecha. Téj ostatniéj metody i ja w wyjątkowych wprawdzie razach się trzymam. Wogóle zaś do zwolenników krwawéj operacyi przy *deviatio septi* się nie liczę. Zresztą nadmienić muszę, że bardzo rzadko zboczenie przegrody nosa jest w takim stopniu wyrażone, aby wymagało tak ciężkich rękoczynów. Nadużyć zaś strzec się pilnie należy.

Co się tyczy specyjalnie leczenia operacyjnego ograniczonych zgrubień przegrody nosa (*spinae*, *cristae* i t. d.), to o tem już po części wspominałem, mówiąc o leczeniu wogóle *deviationis septi*. Najlepiéj, zdaniem mojem, usuwać je żegadłem galwanicznem (Jurasz), można z korzyścią zastosować i piły Boswortha (Schech), jakoteż dłutka i t d. Te ostatnie jednak zawsze, jak to już wspominałem, po uprzedniem oddzieleniu błony śluzowéj.

Co się tyczy leczenia pooperacyjnego, to polega ono przedewszystkiem na utrzymaniu wyprostowanéj przegrody w nadanéj jéj pozycyi. Ku temu służą różnorodne środki, jakoto rurki gumowe, *bougies*, czopki z waty, blaszki z kości słoniowéj i t. d. Leczenie pooperacyjne jest niesłychanéj wagi, od niego przedewszystkiem zależy pomyślny rezultat operacyi. Samo się przez się rozumie, że zarówno podczas, jak i po operacyi winniśmy zachować jak najściślejsze zasady antiseptyki.

Na zakończenie wspomnieć mi należy o jeszcze jednéj metodzie leczenia zboczeń przegrody nosa. Mam tu na myśli tę odrębną formę *deviationis septi*, która częstokroć jedynie ze względów estetycznych. ze względu na mniéj lub więcéj wyrażoną defiguracyję nosa, daje powód do operacyjnéj interwencyi. O formie téj w swojem miejscu szczegółowo wspominałem, podając dla niéj, jako charakterystyczną cechę to, że przegroda chrząstkowa nie znajduje się na jednéj linii z przegrodą błoniastą.

Jurasz w razach tych postępuje w następujący sposób: przeciąwszy błonę śluzową na wypukłości *septi* resp. jéj przedniego brzegu, oddziela ją od chrząstki, poczem nożem główkowym wycina część wystającą (brzeg) przegrody. Po zeszyciu błony śluzowéj wstawia tampon z waty jodoformowéj lub sublimatowéj. Zwykle następuje *prima intentio*. Metody powyższéj i ja w odpowiednich przypadkach się trzymam.

Na tem kończę swoję pracę: „o zboczeniach przegrody nosa“. Z umysłu nie przytaczam szczegółowéj kazuistyki spostrzeganych i operowanych przezemnie przypadków, ażeby nie powiększać rozmiarów i tak zbyt już może obszernéj pracy.

Warszawa, dnia 30/12 1890 r.

LITERATURA: 1) Jurasz: „Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand“, Berl. klin. Woch., 1882, 4. — 2) Heymann: „Ueber Correction der Nasenscheidewand“, Berl. klin. Woch., 1886, 20. — 3) Hubert: „Ueber die Verkrümmung der Nasenscheidewand und deren Behandlung“, Münch. m. Woch., 19—20, 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 164. — 4) Krieg: „Resection der Cartilago quadrangularis septi narium zur Heilung der Scoliosis septi“, Med. Corr. d Würt. itd., 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 429. — 5) Gleitsmann: „Deviation of the nasal septum“, Am. Jour., 1885, Ref. w J. C. 1886, p. 532. — 6) Cozzolino: „Deviazioni del setto nasale, delle osse e cartilagini nasali“, Ref. w J. C., 1887, p. 163. — 7) Baumgarten: „Ueber die Ursachen der Verbiegungen der Nasenscheidewand“, Deut. med. Woch., 1886, 22, p. 313. — 8) Löwy: „Ueber Verkrümmungen der Nasenscheidewand“, Berl. klin. Woch., 1886, 47. — 9) Bosworth: „Deformities of the nasal septum. A new operation for their correction“ itd., N. Y. med. Jour., 1887, Ref. w J. C., 1888, p. 116. — 10) Bryson Delavan: „On the Etiology of deflections of the nasal septum“, N. Y. med. Jour., 1887, Ref. w Jour. of Lar., 1888. 3. — 11) Jarvis: The indications for the surgical treatment of the deflectei nasal septum“ itd., N. Y. med. Rec. 1888. Ref. w J. C., 1889, p. 461. — 12) George Sto-

ker: „Deviations of the nasal septum", London, 1888. — 13) Rosenthal: „Malformations of the nasal septum" itd. Thèse-Paris, 1888, Ref. w Jour. of Lar., 1889, p. 104. — 14) Stan: „Przyczynek do leczenia zboczeń przegrody nosa", Przegl. Lek., 1888, p. 146. — 15) Garel: „Die Electrolyse bei Verstopfung der Nase" itd., Ref. w J. C., 1890, p. 129. — 16) Knight: „The diagnosis and treatment of certain forms of rhinitis", N. Y. med. Jour., 1889, Ref. w J. C., 1890, p. 97. — 17) Brouner: „On the use of the dental drill in the treatment of deviations and spurs of the nasal septum", Jour. of Lar., 1890, p. 282. — 18) Woakes i Walsham: „On the Etiology, significance and treatment of spurs and deflections of the nasal septum", Jour. of Lar., 1890, p. 457 (Nr. 10). — 19) Simanowsky: „On deviations of the nasal septum", Wracz 37, 1890, Ref. w Jour. of Lar., 1890, p. 470. — 20) Löwe: „Ueber die Exostosen der Nasenscheidewand", Int. Centr., 1890, p. 171. 21) Hartmann: „Deviationen und cristae des Septum narium", J. C., 1890, p. 170. — 22) Moure i Bergonié: „On deviations and spurs of the nasal septum", Jour. of Lar., 1890. Nr. 12, p. 495. — 23) Schaeffer: Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie und Laryngologie. 1885, Ref. w J. C., 1886, p. 350. — 24) Parker: „Case of anosmia, associated with bony stenosis" itd., 1885, Ref. w I. C., 1887, p. 40. — 25) Roux: „Deviation de la cloison du nez", 1886, Ref. w J. C., 1887, p. 164. — 26) Van der Poel: „Deviations of the nasal septum", N. Y. med. Rec., 1886, Ref w J. C. 1887. p. 162. — 27) Natier: Deux cas de deviations de la cloison du nez", 1887, Ref. w J. C., 1889, p. 58. — 28) Creswell Baber: „Ramoval of cartilagineous projection from septum nasi", 1887, Ref. w J. C., 1887, p. 429. — 29) Hinker: „Irregularities of the septum narium" itd., 1887, Ref w J. of Lar., 1888, p. 232. — 30) Bresgen: „Enstehung, Bedeutung und Behandlg der Verkrümmungen und kallösen Verdickungen der Nasenscheidewand", Wien. med. Pres., 1887, Ref. w J. C., 1888, p. 118. — 31) Holbrook Curtis: „The nasal trephine and its advantages" itd., N. Y. m. J., 1887, Ref. w I. C., 1888, p. 306. 32) Ficano: „Deformità o corno del setto nasale" itd., 1887, Ref. w J. C. 1889, p. 57. — 33) Hunter Mackenzie: „Reversible nasal saw". Lancet 1887, 24. — 34) Seiler: „Ecchondroses of the septum narium" itd., N. Y. m. R. 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 461. — 35) Garrigon-Desarénes: „Gerade-Richter für die Nasenscheidewand", 1888, Ref. w J. C., 1889, p. 604. — 36) Boucher. „Caso di considerevole incurvamento del setto" itd., 1888, Ref. w I. C, 1889, p. 151. — 37) Miot: „Verdickung der dreieckigen Platte der Nasenscheidewand", I. C., 1889, p. 531. — 38) Baratoux: „Ueber eine Form der Nasentenose", I. C., 1889, p. 531. 39) Jonathan Wright: An operation for correcting deviation" itd., N. Y. m. R. 1890. Ref. w I. C., 1890, p. 246. — 40) Roberts: „Submucous resection of cartilage in dev." itd. 1890, Ref. w I. C., 1890, p. 246 (6). 41) Patrzek: „Ueber Verbiegung der Nasenscheidewand bei Neugeborenen" 1890, Ref. I. C. 1890, p. 245. — 42) M. Mackenzie: „Die Krankheiten des Halses und der Nase". 1884, II. tom, p. 612. — 43) Moure: „Manuel pratique des maladies des fosses nasales" 1886, p. 218. — 44) Moldenhauer: „Die Krankheiten der Nasenhöhle", 1886, p. 54. — 45) Voltolini: „Die Krankheiten der Nase", 1888, II. wydanie, p. 108. 46) Schech: „Die Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase, III. wydanie, 1890, p. 240. — 47) Zuckerkandl: „Anatomie der Nasenhöhle", 1882, p. 45.

V. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

M. Stricker i W. Friedrich: **O wpływie picia wody o różnéj ciepłocie i ilości na zdrowe i chore serce.**

Przedmiot ten tak ważny w patologii mało dotąd i niedokładnie był opracowany. Zaledwo wspomina literatura o pracach w tym względzie Lichtenfelsa, Fröhlicha i Winternitza, których doświadczenia potwierdzili Glax i Klemensiewicz. Wskutek znacznéj atoli luki i niewyczerpania przedmiotu, postanowili S. i F. w klinice Koranyiego (Budapeszt) częścią skontrolować, częścią rzecz tę uzupełnić.

Do doświadczeń używali zdrowych młodzieńców w wieku około 24 lat i badali tętno i parcie krwi przed i po podaniu wody w ilości 200 cm. sz. (jako ilości dla ustroju obojętnéj) o ciepłocie: 4, 8, 12, 16, 35. 45 i 60° R. Parcie krwi oznaczali sfygmomanomterem Bascha. Wyniki są następujące: 1) wpływ wody wypitéj na serce występuje szybko po wypiciu; 2) zimna woda zwalnia czynność serca i podnosi parcie, woda o bardzo niskiéj ciepłocie w niektórych razach parcie obniża; 3) woda ciepła przyspiesza akcyję serca i podnosi parcie, woda letnia (20—30°) zazwyczaj je obniża; 4) im woda zimniejsza, tem wolniejsza jest akcyja serca, a parcie mniejsze; 5) im cieplejsza woda, tem szybsza akcyja serca i parcie większe; 6) wpływ wody o 16° jest bardzo nieznaczny i krótkotrwały; 7) im zimniejsza lub cieplejsza jest woda, tem prędzéj następuje *maximum* podniesienia względnie spadku i dłużéj trwa działanie; 8) czas trwania tego działania nie przenosi 20 minut.

Te same ilości wody i o téj saméj ciepłocie podawali w dalszym ciągu chorym na serce (*insuff. valv. semilun. aortae; insuff. valv. bicusp. et stenos. ost. art. sin.; insuff. valv. bicusp. et stenos. ost. ven. sin.*), a wyniki tych badań są następujące: 1) wpływ wody na serce chore występuje szybko po wypiciu; 2) zimna woda w wysokim stopniu zwalnia czynność serca i podnosi parcie; 3) ciepła woda przyspiesza bardzo czynność serca i podnosi z początku parcie, letnia je obniża; 4) czas trwania działania wynosi 15—20 minut; 5) im zimniejsza lub cieplejsza woda, tem dłużéj trwa jéj działanie.

Różnica w działaniu wody na serce zdrowe i chore leży w tem, że: 1) chore serce dłuższego potrzebuje czasu, aby zmiany działaniem wody wywołane ustąpiły, niż serce zdrowe i 2) wpływ wody na serce chore nie jest stałym.

Wpływ wody na serce pochodzi z różnicy w ciepłocie, gdyż niepodobna przypuścić, aby woda tak szybko z żołądka uległa wessaniu, aby (jak z doświadczeń wynika) już po 15 sekundach, dostawszy się do krwi, mogła tą drogą działać na tętno, przyspieszając takowe o 22 uderzeń, wzgl. zwalniając o 16 uderzeń. Także ilość wody wpływu tego nie tłomaczy. Jedynie przypuścić należy, że woda zetknąwszy się z błoną śluzową żołądka zadraźnia zakończenia nerwu błędnego w żołądku, lub też nawet wedle Hermanna i nerwy wątroby, śledziony i otrzewny. W drodze odruchowéj przychodzi do zadziałania na włókna sercowe tamujące (woda zimna), lub przyspieszające (woda ciepła). Równocześnie zadraźnienie to przenosi się na ośrodki naczynioruchowe i jużto rozszerzając naczynia obwodowe zmniejsza, jużteż zwężając takowe, podnosi parcie. Woda letnia obniża parcie ościenne w tętnicach wskutek wywołania odrazy, jakto już zauważył Winternitz.

Ponieważ teoryja Oertla, że w zaburzeniach w krążeniu wielkie ilości wody takowe potęgują i że stąd w chorobach serca należy zmniejszać ilości przyjmowanéj wody, o ile to możebne, wywołała walkę literacką i znalazła wielu przeciwników (Basch, Feilchenfeld, Lichtheim), przeto autorowie starali się o własne doświadczenie. Badali też wpływ wody w różnych ilościach naraz podawanéj na krążenie i wydzieliny.

a) Wpływ naraz wypitéj a wielkiéj ilości wody na ustrój zdrowy zbadał już doświadczalnie Jaworski, który dowiódł, że w $^1/_4$ g. po wypiciu $^1/_2$ litra wody zaledwo połowa z niéj w żołądku pozostała, reszta zaś drogą naczyń chłonnych i żył dostała się do obiegu krwi, zwiększając téjże wodnistość. Badanie krwi w zupełności to potwierdziły. Autorowie podawali 2 młodym ludziom na czczo do picia wielkie ilości wody (od 75—2000 cm.) o ciepłocie 16·5° i oznaczali przed i po podaniu tętno, parcie i napięcie ścian tętniczych i doszli do następujących wyników: 1) 200 cm. sz. wody lub mniéj wywoływają nieznaczne tylko zmiany w ustroju; 2) powiększanie ilości wody zmniejsza liczbę tętna, a podwyższa parcie; 3) parcie krwi w ten sposób zmienione trwa tylko przez krótki czas (1—3$^1/_2$ godzin); 4) w godzinę po wypiciu zaczyna się woda wydzielać z moczem, a po 3 godzinach już się całkowicie wydala. Wpływ wody naraz wypitéj na serce chore jest tak znaczny, że nie można było podawać więcéj jak 1000 cm. i to dopiero po śniadaniu (300 cm. mleka). Z tego wynika, że: 1) powiększenie ilości wody zwalnia czynność serca; 2) wpływ ten zawisł przedewszystkiem od kompenzacyi serca: gdy w wadzie serca wyrównanéj wpływ jest ten sam co w ustroju zdrowym, to w inkompenzacyi niższego stopnia większa ilość wody podnosi parcie krwi, a w całkowitéj inkompenzacyi parcie się nie podnosi; 3) im większa ilość wody, tem późniejsze działanie; 4) do powrotu do stanu pierwotnego potrzeba przynajmniéj 3—4 godzin (po wypiciu 500—1000 cm.); 5) w moczu pojawia się dopiero w 1—1$^1/_2$ g. po wypiciu (objawia się to zmniejszonym cięż. gat. moczu), a w 3—4 godzin zaledwo połowa wody ustrój opuściła; 6) między ilością moczu wydzielonego a wody przyjętéj niema ścisłego stosunku, owszem istnieje niestosunek na niekorzyść wydzieliny.

Skoro wpływ wody o téj saméj ciepłocie, ale w różnéj ilości jest tak znaczny ze względu na czas trwania działania

(3—3½ godzin), to zachodzi pytanie, czy prócz ciepłoty grają tu rolę i inne czynniki? Woda o ciepłocie 16·5° w ilości 200 cm. nie wywiera, jak to wyżéj przedstawiono, żadnego wpływu; większe natomiast ilości o téj saméj ciepłocie z powodu zetknięcia się z błoną śluzową żołądka na większéj przestrzeni, muszą działać w drodze odruchowéj na serce. Z tego, że działanie na serce wzrasta powoli, że punkt kulminacyjny działania występuje tem późniéj, im ilość wody była większa, wynika, że na to nie wpływa podrażnienie żołądka, lecz okoliczność, że pewna część wody ulega wessaniu, dostaje się do obiegu krwi i tą drogą działa na serce. Krew ta zwiększona ilościowo wskutek wody wessanéj dostaje się przez żyły do serca, a ztąd do tętnic, naczynia sa przepełnione, więc parcie się zwiększa. Zwolnienie czynności serca należy tłomaczyć w ten sposób, że krew zmienia się także co do jakości (staje się więcéj wodnista), drażni więc mniéj serce i ztąd czynność słabsza. Nie można sobie tego tłomaczyć wprost stosunkiem, jaki zachodzi między parciem a czynnością serca, bo serce zdrowe posiada własność przystosowywania się do zmienionych warunków. Albowiem gdy serce jest zdrowe, to z podniesieniem parcia w tętnicach zwiększa się również parcie w tętnicach nerkowych, wydzielina się zwiększa i w krótkim czasie cała woda zostaje z moczem wydalona, a serce wraca do stanu prawidłowego. W sercu chorem tego niema, tu prócz zmienionéj krwi działa jeszcze i zwiększona téjże ilość o tę część wody, która wskutek słabéj czynności serca z ustroju wydzielić się nie mogła.

b) Wpływ wody w 24 godzinach wypitéj na wydzielinę moczu badał m. i. Oertel u zdrowych i chorych. Znalazł on, że przy zmniejszonym dowozie wody ilość moczu się zwiększa, a przy podawaniu bardzo małéj ilości wody ilość moczu wydzielonego znacznie jest większa od wody wypitéj, co szczególnie dobitnie się objawiało w chorobach serca niewyrównanych. Autorowie na podstawie swoich doświadczeń przekonali się, że u ludzi zdrowych: 1) niema ścisłego stosunku między ilością wypitéj wody, a wydzielonego moczu; 2) przy powiększaniu wzgl. zmniejszaniu ilości wody zwiększa się wzgl. zmniejsza ilość mocznika, chlorków i części stałych w moczu wydzielanym; 3) mniéj powyższych składników znajduje się w moczu wydzielonym po wypiciu pewnéj ilości wody naraz, aniżeli po wypiciu téjże saméj ilości wody w przeciągu 24 g.; u chorych: 1) w wadach serca wyrównanych również niema ścisłego stosunku m. pitą wodą, a wydzielonym moczem; 2) w niewyrównanych wadach serca zwiększa się ilość moczu, gdy podaje się wody mniéj i odwrotnie; 3) w wadach serca wyr. ilość mocznika, chlorków i części stałych moczu zależy od ilości podanéj wody, 4) w niewyrównanych natomiast przy zmniejszonym dowozie wody ilość tychże składników się zwiększa, przy zwiększonym — zmniejsza. (*Wr. med. Presse*, 1890, Nr. 41, 48 i 52).

Dr. Ebersohn.

Bakteryjologija.

Prof. Kitt: **O szczepieniu kultur prątków tężca u zwierząt domowych.**

Autor donosi o doświadczeniach, które czynił z kulturami tężca, szczepiąc takowe koniom, owcom i psom. Udowodnił on za pomocą bardzo ścisłych doświadczeń, że tężec urazowy zakaźny konia jest następstwem zakażenia prątkami, które Nicolaier, Kitasato i inni znaleźli u ludzi, dotkniętych tężcem. Wreszcie wykazuje, że ropa wysuszona, pochodząca z ran ludzi dotkniętych tężcem, która zawiera prątki tężcowe, nawet po 16 miesiącach jeszcze działa i że przeniesienie kultur czystych tężca na konie, owce i psy wywołuje u tych zwierząt typowy tężec. (*Centralblatt für Bakter. u. Parasit.*, VII., 10, 1890). *Dr. Süsskind.*

Farmakologija.

Dr. Bierwirth: **Atropina przeciw krwotokom.**

B. używa atropiny podskórnie w krwotokach nosowych i płucnych od dłuższego czasu i przychodzi do przekonania, że lek ten działa pewnie i szybko, nawet tam, gdzie lód i sporysz nie odnoszą skutku. Co do sposobu działania, to wedle Grahama-Browna atropina poraża nerwy zwężające naczynia, a więc odwrotnie jak sporysz i w ten sposób wywołując większy dopływ krwi do wszystkich naczyń włosowatych, zmniejsza przypływ téjże do miejsca krwawiącego. Nieprzyjemnych skutków nie widział B. po atropinie nigdy. (*Wr. med. Presse*, 1890, Nr. 46).

Dehenne (Paryż): **Przypadek wyleczenia cukrzycy wstrzykiwaniami ergotyniny.**

D. używał ergotyny i ergotyniny podskórnie u dyjabetyków przeciw krwotokom siatkówkowym i zauważył przytem znaczną poprawę stanu ogólnego. Opisuje przypadek, dotyczący ubogiéj kobiety 45-letniéj, cierpiącéj od dłuższego czasu na swędzenie skóry, uczucie palenia w częściach rodnych, prowadzące do bezsenności, zwiększone pragnienie i nadmierne moczenie. Badanie wykazało znaczną ilość cukru (46 gr. 1000). Gdy stan po zastosowaniu odpowiednéj dyjety tylko się poprawił, przystąpił do wstrzykiwań ergotyniny, poczynając od 4 kropli i postępując do 7. Dyjeta pozostała ta sama, jaką chora miała zawsze. W krótkim czasie stan chorobowy się poprawił znacznie, a pomimo, że chora się leczyć nie chciała, badanie moczu uskutecznione w 2 miesiące po rozpoczęciu leczenia cukru nie wykazało. Stan ogólny wyborny utrzymuje się i dotąd (po 7 miesiącach). (*Wr. méd. Pr.*, 1890, Nr. 50). *Dr. Ebersohn.*

Choroby oczne.

E. Franke: **Przyczynek do przeszczepiania skóry na błonę śluzową.**

O ile metoda przeszczepiania płatków skóry Thierscha, zmodyfikowana następnie przez Eversbuscha wyrobiła sobie już prawo obywatelstwa przy pokrywaniu ubytków skórnych, rugując coraz więcéj dawniejszy sposób Reverdina, to nie znalazła ona jeszcze dostatecznego zastosowania wobec ubytków na błonie śluzowéj. Autor pragnie więc zwrócić uwagę na korzyści jéj w podobnych razach i zachęcić do prób w tym kierunku na podstawie jednego przypadku, w którym po wycięciu kawałka spojówki razem z chrząstką powiekową celem usunięcia *trichiasis* zastąpił ubytek ztąd powstały płatkiem skórnym wziętym z ramienia, który nietylko się przyjął, ale nadto po kilku tygodniach okazywał wejrzenie błony śluzowéj. Dwa razy już poprzednio stosowano ten sposób w obec *Symblepharon* (Eversbusch i Swart Abrahamsz) z równie pomyślnym wynikiem. Zwłaszcza przy *Symblepharon* nadaje się ta metoda jak wogóle wszędzie, gdzie są rozległe zrosty spojówki i gdzie ubytku ani przez przesunięcie ani przez utworzenie płatu uszypułkowanego pokryć nie można. Dotychczas najlepsze wyniki w takich razach dawało przeszczepianie błony śluzowéj z warg lub pochwy lub wziętéj ze spojówki królika, przyczem jednak sama techniczna strona nastręcza znaczne nieraz trudności, nie mówiąc już o niepewności przyjęcia się podobnych płatków. Przeciwnie przeszczepianie według Thierscha-Eversbuscha jest nader łatwem i pewnem, jeżeli zwłaszcza idąc za radą autora przenosi się płatki wprost z brzytwy na ubytek a nie z roztworu soli kuchennéj, unikając przez to zwijania się tychże. Płatki w ten sposób przeszczepione przyjmują się prawie zawsze, jeżeli tylko postępuje się ściśle aseptycznie i zatamuje poprzednio dokładnie krwotok. Gdyby to nastręczało jakie trudności, to radzi F. zaczekać do dnia następnego, co na przygojenie się płatków wcale nie wpływa. W przeciwstawieniu do pokrywania ubytków płatami uszypułkowane przy rozległem *Symblepharon* sposób ten zaleca się ze względu na mniejsze trudności techniczne, a także jako posiadający tę zaletę, że nie wywołuje nowych ubytków w okolicy oka ze szpecącemi bądź co bądź następnie bliznami. Nadto w razie nieudania się można przeszczepianie kilkakrotnie powtarzać, nie narażając chorego na oszpecenie lub inne nieprzyjemne następstwa. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde*, 1890, Juni). *Dr. Langie.*

Choroby nerwowe.

Kupke (Poznań): **O leczeniu moczenia nocnego.**

Jeżeli choroba nie jest następstwem zboczeń organicznych leczy się, podawając wewnętrznie *Rhus aromatica* i faradyzacyją. *Rhus* podaje się jako *Extr. fluid. Rhois aromat.* kroplami zrana i wieczorem w mleku, od 5 kropli

(u dzieci do 2 lat) do 15 (od 2 do 10 lat) naraz. Leczenie to trwać może 3—4 miesięcy. Prądu używa się w ten sposób: anoda na okolicę lędźwiową, katoda ruchomo na okolicę pęcherza, trwanie posiedzeń 1—5 minut, ilość takowych 20 od 30, prądy słabe takie, aby dzieci nie doznawały bólu. Oprócz tego pożywienie ma być więcéj z potraw stałych złożone, na wieczór żadnych płynów, do łóżka twardy materac, zimne zmywania, a w lecie kąpiele nożne. *Rhus* działa prawdopodobnie na błonę śluzową pęcherza. Chorobę należy usunąć do 14 roku życia, gdyż późniéj znacznie więcéj leczeniu się opiera. (*Wr. med. Pr.*, 1890, Nr. 48).

Dr. Ebersohn.

Dr. Orlow: **Przypadek promienicy mózgu.**

Autor obserwował przypadek promienicy kory mózgowéj lewéj półkuli u choréj liczącéj 29 lat. Skutkiem choroby wystąpiły charakterystyczne objawy schorzenia kory mózgowéj, a mianowicie porażenie połowicze po stronie prawéj, padaczka Jacksona i zaburzenia w czuciu. Oględziny pośmiertne wykazały: znaczną liczbę ognisk promienicy w różnych częściach ciała, także w prawem płucu, a w mózgu zajęła sprawa ta nietylko całą grubość kory mózgowéj, lecz także i istotę białą, przyczem pokazał się także duży ropień w mózgu. (*Deutsche med. Woch.*, XVI., 16, 1890).

Dr. Süsskind.

Schultze: **O nerwicach fizycznych i umysłowych po urazie.**

S. wykazuje, iż w istocie zdarzają się przypadki nerwic tak fizycznych jak i umysłowych po urazach. Tu należy zaliczyć nerwice po przypadkach kolejowych występujące, nazwane przez Erichsena i Riglera *Railway-spine* i *Railway-brain*. Nerwice te urazowe okazują jednak tak różne objawy w podobnych sobie co do przyczyny przypadkach, iż jako jednolitą formę przyjąć ich nie można. Autor stwierdza na zasadzie swéj kazuistyki, iż podstawa tych nerwic jest indywidualną i często zależy od zboczeń chorobowych w innych narządach, n. p. w żołądku; dowiedzioną bowiem jest rzeczą, że nie każdy z tych, którzy ulegli jakiemukolwiek urazowi, na nerwicę urazową zapadają. Ponieważ w różnych przypadkach rozmaite objawy okazują się na pierwszym planie, a to zależnie od zmian w pojedynczych narządach ustroju, radzi S. według tychże przeważających objawów choroby te nazywać.

Współśrodkowe ścieśnienie pola widzenia jakoteż zniećzulenia miejscowe, opisywane jako stałe objawy nerwic tych, dość często nie istnieją wcale, zresztą i tak nie może ich obecność stanowić istotnéj cechy rozpoznawczéj. Autor przekonał się, że bardzo często wydarzają się przypadki nerwic tych właśnie po urazach słabych, obwodowych, co zdaje się według niego przemawiać za symulacyją. Niestety nie mamy dotąd tak pewnych objawów dla nerwic, po których moglibyśmy z pewnością odróżnić cierpienie istotne od symulowanego, zwłaszcza, gdy się jeszcze uwzględni, że cierpienie rozpoznajemy głównie po wywiadach. Ztąd to należy podania chorego w każdym przypadku poddać ściśléj krytyce, śledząc, czy w nich nie ukrywa się agrawacyja lub nawet symulacyja. (*Sammlung klin. Vortraege*, Volkmanna, Nr. 14, styczeń, 1891).

Dr. Wachholz.

Choroby skórne i weneryczne.

Talamon (Paryż): **O leczeniu wysypki ospowéj na twarzy.**

W myśli, że śród tworzenia się ropnych pęcherzyków ospowych, nietylko jad właściwy, ale także i bakteryje ropne w rozpulchnioną skórę zostają wessane i do silniejszych zniszczeń się przyczyniają, stosuje autor na powierzchni skóry twarzy leczenie przeciwgnilne. Rozpuszcza różne leki antiseptyczne w eterze i za pomocą rozpylacza Richardsona twarz skrapia; eter szybko się ulatnia a w porach skóry lek przeciwgnilny się zatrzymuje. Tym sposobem rozpylał taninę, jodoform, salol i sublimat. Tanina okazała się bez skutku, jodoformu dla woni nie zawsze można było stosować, salol działa słabo; najlepsze skutki okazywał sublimat w formułce: *Sublimati, Acid. citr. aa 1.00, Alcohol 5.00, Aether 50.0.* Oczy w celu uchronienia od przypieczenia zabezpiecza się watą i skórę twarzy 3 razy dziennie roztworem się skrapia. W okresie usychania pęcherzyków można także twarz zmywać sublimatem rozpuszczonym w glicerynie. Po tego rodzaju leczeniu nie zawsze zapobiega się tworzeniu się blizn, a jeżeli takowe powstają, są nieliczne i płytkie. Postępowanie to ma także wpływ na szybsze wytwarzanie się pęcherzyków i zmniejsza śmiertelność. (*Wr. kl. Wschft.*, 1890, Nr 41).

Dr. Mendelsburg.

Blaschko: **Przypadek wrzodu pierwotnego kiłowego na wardze.**

Mężczyzna 31-letni pokłócił się z towarzyszem, skutkiem czego, ten ugryzł go w wargę. Rana po kilku dniach się zabliźniła, ale po 6 tygodniach blizna wrzodzieć zaczęła i zmieniła się w obrzęk twardy wrzodniejący, wielkości talara, pokryty złogiem słoninowatym. Gruczoły podszczękowe powiększyły się i zamieniły w pakiet twardy, który przeszkadzał choremu w poruszaniu szczęką. Wysypki skórnéj nie zauważono, a ponieważ miły towarzysz wyjechał, nie dało się wykazać, czy sprawa ta jest przyrody kiłowéj. A przecież musiano myśleć jedynie o kile, raz z powodu bardzo długiego okresu inkubacyjnego (6 tygodni), daléj skutkiem twardości wrzodu i złogów słoninowatych na jego powierzchni, a wreszcie przedewszystkiem skutkiem braku owych guzków szaro białawych, rozpadających się t. z. gruzełków, które w obwodzie owrzodzeń gruźliczych — a tylko jeszcze o gruźlicy w tym przypadku można było myśleć — stale się znajdują. I rzeczywiście po dwóch ciepłych kąpielach wystąpiła na skórze charakterystyczna wysypka kiłowa, a sprawa już po krótkiem leczeniu przeciwkiłowem znacznie się poprawiła.

Przypadek ten ciekawym jest o tyle, że okazuje, jak dziwnym sposobem czasem nabyć można kiły, bo jakkolwiek niezbyt rzadko kiła warg w ogóle się zdarza, to przyczyną téjże są zwykle pocałunki osób kiłowych. (*Berl. kl. Woch.*, XXVII., 27, 1890).

Dr. Süsskind.

Choroby dzieci.

Prof. Escherich (Graz): **O wskazaniach do intubacyi krtani w dławcu.**

Poprzedziwszy swoję pracę historyją choroby dziecka w dławcu krtani za pomocą intubacyi wyleczonego, kreślę w krótkości historyję tego zabiegu operacyjnego.

Intubacyja krtani, początkowo przez Bouchuta podana, przez długi czas nieużywana, została przed kilku laty przez O'Dwyera w Nowym-Yorku w użycie wprowadzona, a obecnie wykonywa się na wszystkich pedyjatrycznych klinikach europejskich[1]). Wskazania do téj operacyi, jak również i jéj stosunek do tracheotomii wywołały żywą dyskusyję. Autor opisuje sposób wykonania intubacyi, podnosi jéj wszystkie zalety i wady, a wreszcie przychodzi do ostatecznych wniosków. Wykonanie intubacyi polega na wprowadzeniu i pozostawieniu w krtani odpowiednio do wieku dziecka i budowy tchawicy przystosowanych rurek (*tubus*). W porównaniu z tracheotomiją jest intubacyja zabiegiem znacznie prostszym, da się znacznie szybciéj i bez wyuczonéj asystencyi wykonać, czas leczenia jest w pomyślnych przypadkach krótszym, a wreszcie niema tych wszystkich niebezpieczeństw, jakie rana tracheotomijna z sobą przynosi. Przeciw intubacyi podnosi autor jednak również wiele ciężkich zarzutów, ponieważ nakrywka głośni nie może dobrze wejścia do krtani domykać, dzieci zachłystują się i z tego powodu albo skazane są na głód i pragnienie lub też części pokarmów dostają się do dróg oddechowych i wywołują zapalenie płuc skutkiem zachłyśnięcia, rurka pozostająca w krtani wywołuje wkrótce odleżynę z jéj następstwami. Najcięższym może zarzutem jest trudność w wykrztuszaniu błon dławcowych i możliwość zatkania niemi wązkiego światła rurki. Téj ostatniéj okoliczności, że światło rurki jest stosunkowo małe, przypisuje autor, obok zatrzymywania się wydzielin oskrzeli i tchawicy, także niedostateczny przypływ powietrza do wentylacyi płuc po-

[1]) W krakowskiéj klinice pedyjatrycznéj wykonywa się intubacyję od listopada 1890 r.

trzebnego. Gdy drobne oskrzela są wolne, niema to wielkiego znaczenia, przy wikłającem jednak dławcu, zajęciu sprawą chorobową mniejszych oskrzeli wielce ważną jest wentylacyja płuc. W tych komplikowanych przypadkach intubacyja celu nieosiągnie, należy więc wykonać tracheotomiję. Ten sam stosunek zachodzi, gdy po wykonaniu intubacyi sprawa chorobowa posuwając się zajmie oskrzela, należy wtedy wykonać tracheotomiję następową. Najciekawszem może jest zestawienie wyników tego zabiegu i wyników tracheotomii. Wyleczenie za pomocą tracheotomii osiągnięto średnio w 39·8%; za pomocą intubacyi 36·2%. Z powodu gorszych wyników téj ostatniéj, autor jeszcze raz zwraca uwagę, aby w cięższych przypadkach, gdzie zajęte są także oskrzela, téj operacyi nie wykonywano, a natomiast zaleca ją we wszystkich lżejszych przypadkach, a zwłaszcza w praktyce prywatnéj, gdzie wykonywaniu tracheotomii stają różne uboczne względy na przeszkodzie. W końcu dochodzi do następujących wniosków: 1) Podobnie jak tracheotomiję, można w pewnych razach, w dławcu krtani stosować intubacyję celem usunięcia zwężenia. 2) We wszystkich przypadkach zajęcia oskrzeli nie należy wykonywać intubacyi tylko tracheotomiję. 3) Gdy w biegu choroby po intubacyi zostaną zajęte także oskrzela, jaknajprędzéj do następowéj tracheotomii przystąpić wypada. *Dr. Raczyński.*

Dentystyka.

Doc. Dr. Wilhelm V a j n a (Klausenburg): **O wyrywaniu głęboko odłamanych korzeni zębowych za pomocą kleszczy korzeniowych trójsiecznych.**

Ekstrakcyja zębów, pruchnicą bardzo zniszczonych, których korzeń do znacznéj nieraz głębokości jest wydrążony tak, iż tylko powierzchowne, kruche warstwy zębowiny jeszcze istnieją, sprawia częstokroć znaczne trudności zwłaszcza u osób w sile wieku, o zdrowych i mocnych ścianach zębodołu. Z góry można być w takich przypadkach przekonanym, iż zabieg operacyjny z powodu nader niepomyślnych warunków za jednym razem się nie uda i trzeba zmieniać kleszcze albo też użyć innych instrumentów, celem doszczętnego wydobycia korzenia. Chory, idący do dentysty w tem przekonaniu, iż go tenże w jednéj chwili od dokuczliwego bólu uwolni, a nie pojmując wyjątkowego położenia, mimo, iż został przed przystąpieniem do operacyi o wszystkiem uprzedzony, traci zaufanie do dentysty i winę całą zrzuca na karb jego niezręczności.

Do usunięcia takich korzeni używamy albo kleszczy tak zw. resekcyjnych albo instrumentów działających jako dźwignie. Pierwszemi chwyta się przodkową i tylną ścianę dotyczącego zębodołu wraz z dziąsłem i wycina, a właściwie miażdży te części, aby wraz z niemi wydobyć także korzeń. Téj operacyi dokonywa się przeważnie tylko w górnéj szczęce, podczas gdy w dolnéj można po największéj części za pomocą instrumentów drugiego rodzaju dojść do celu. Lecz jakież ciężkie pozostawia po sobie następstwa owa operacyja! Pominąwszy chwilowo podczas rękoczynu zadany ból, tenże przeciąga się potem tygodniami, dopóki zupełne wydalenie zmiażdżonych kawałków kości nie nastąpi i rana dziąsłowa i kostna się nie zagoi, daléj powstają niekiedy ciężkie do zatamowania krwotoki oraz uszkodzenia przegrody kostnéj międzyzębodołowéj, przezco korzeń jednego lub drugiego z sąsiednich zębów zostaje na większéj lub mniejszéj przestrzeni odsłoniętym, a tem samem istnienie jego zagrożone. Sprawa gojenia, któréj towarzyszy zawsze zapalenie ropne, postępuje nader powoli, z powodu niemożności zachowania ścisłéj antiseptyki, a ostatecznie po zupełnem zagojeniu pozostaje między zębami głęboka i szpecąca brózda.

Dźwignie, znane pod nazwą koziéj stópki (*Geissfuss*) lub dźwigni Leclusea, dają się tylko pomyślnie zastosować w dolnéj szczęce, podczas gdy w górnéj można przy zachowaniu nawet wszelkich ostrożności sprowadzić ciężkie uszkodzenia części miękkich jamy ust.

Wobec wspomnianych wyżéj okoliczności doznać musi każdy lekarz, zajmujący się czy to specyjalnie chorobami zębów, czy też dorywczo dentystyką, pewnego radosnego uczucia na wieść, iż podano instrument, którego zadaniem jest bez znacznéj szkody dla otaczających części zęba, wydobyć na pewno jego korzeń. Takim instrumentem mają być podane przez Doc. Dra Vajnę w Koloszwarze tak zw. kleszcze korzeniowe trójsieczne. Mają one postać angielskich kleszczy bagnetowych Nr. 51, z tą różnicą, iż wypukła zewnętrzna powierzchnia dziobów, przedstawia tutaj dwie wklęsłe powierzchnie, oddzielone od siebie listwą tak, iż koniec każdego dzioba ma, z góry widziany, kształt lit. T, a belki poprzeczne tych liter są w obu dziobach ku sobie zwrócone —| |—. Wszystkie krawędzie w ten sposób powstałe są wyostrzone. Działają one po wprowadzeniu między korzeń a ściany zębodołu, przy miernym ucisku, jako dłuto i niejako prują ściany zębodołu wargową i podniebieniową, dopóki obydwa dzioby nie obejmą korzenia w należytéj wysokości to jest w miejscu, gdzie ściany jego są dość silne, aby podczas ekstrakcyi się nie pokruszyły. Przy tem nie można naturalnie stosować luksacyi obrotowéj, naokoło osi podłużnéj korzenia, ale należy używać ruchów na zewnątrz i wewnątrz.

Kleszcze te mają zastósowanie przy wyrywaniu korzeni górnych zębów, głównie dwuguzikowych, ale także dla korzeni dolnych podaje V. kleszcze, oparte na téj saméj zasadzie, a mające kształt angielskich kleszczy korzeniowych Nr. 33, z dziobami odpowiednio zmodyfikowanemi.

Przed innemi istrumentami, służącemi do wyrywania głęboko w zębodole odłamanych korzeni, mają więc podane przez V. kleszcze zalety następujące:

a) Operacyja nie jest boleśniejsza, jak przy zwykłéj ekstrakcyi, a o wiele mniéj przykra, jak przy używaniu kleszczy resekcyjnych.

b) Wykonanie operacyi jest równie szybkie, jak w tych przypadkach, gdzie korzeń dość silny zewnątrz ścian zębodołu można uchwycić.

c) Nie może nastąpić ani złamanie ścian zębodołu, ani zmiażdżenie dziąseł, albowiem ostre krawędzie przecinają oprawę kostną zębodołu p o d d z i ą s ł a m i, przez co unika się sztucznego wytworzenia otwartéj rany kostnéj. (*Oester. ungar. Vierteljahrschr. f. Zahnheilk.*, 1891, zeszyt I).

Dr. Szymkiewicz.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dn. 17 grudnia 1890.

Przewodniczący: kol. M a r s. — Obecnych członków 46.

1) Kol. B r o w i c z zdaje sprawę z badań histologicznych skrawków, wyciętych z ognisk gruźliczych u chorych leczonych środkiem Kocha w klinice prof. Rydygiera (wykład ten umieszczony jest w Nrze 51 „Przegl. Lek.“ z r. 1890).

2) Kol. Antoni G l u z i ń s k i mówi o swoich doświadczeniach, opartych na 2 tygodniowych badaniach chorych dotkniętych gruźlicą płuc, a leczonych sposobem Kocha („Przegl. Lek.“, Nr. 51, 1890).

Dr. Lesław G l u z i ń s k i ze Lwowa zabiera głos w dyskusyi. Dalszą dyskusyję odroczono dla spóźnionéj pory do posiedzenia następnego.

3) Zgodnie z wnioskami komisyi przedwyborczéj, przedstawionemi przez kol. Domańskiego, wybrani zostali jednogłośnie: prezesem kol. Antoni G l u z i ń s k i; zastępcą prezesa kol. P o n i k ł o; bibliotekarzem kol. M u r d z i e ń s k i; sekretarzem dorocznym kol. R o s e n z w e i g; redaktorem „Przeglądu Lek.“ kol. B l u m e n s t o k; delegatami do Towarzystwa lekarzy galicyjskich kol. K r ó w c z y ń s k i i R i e g e r we Lwowie; delegatem do komisyi sanitarnéj krakowskiéj kol. Ł a z a r s k i; członkami komisyi redakcyjnéj „Przegl. Lek.“ kol. C y b u l s k i, M a r s, O b a l i ń s k i i O e t t i n g e r; kontrolorami: kol. D o m a ń s k i i P o n i k ł o.

4) Jednogłośnie na członków Towarzystwa przyjęto koll. Ł e p k o w s k i e g o, O r s k i e g o i K r y ń s k i e g o.

5) Wniosek kol. Ś c i b o r o w s k i e g o, aby uroczyście obchodzić rocznicę 25-letniego istnienia Towarzystwa w dniu 5/1

1891 r., odesłano dla bliższego określenia do komitetu Towarzystwa.

6) Uchwałę komitetu, aby w „Przegl. Lek." w porządku dziennym umieszczano przed posiedzeniem nazwiska członków proponowanych, odesłano również do komitetu, celem bliższego określenia wniosku tego.

7) Wybrano jednogłośnie kol. Marsa delegatem do komisyi mającéj czuwać nad budową pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

8) Uchwalono, że komitet Towarzystwa ma się starać o wysłanie memorandum do ministerstwa spraw wewnętrznych; a) celem zaprowadzenia różnokolorowych etykiet na lekach, mających być zewnętrznie lub wewnętrznie użytych; b) aby na etykietach była wyszczególniona recepta.

9) Uchwalono wysłać telegram z życzeniami dla Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu, obchodzącego w tym czasie jubileusz istnienia swego.

10) Przyjęto do wiadomości, że komitet budowy domu własnego Towarzystwa, zamierza urządzić zabawę ściśle w gronie lekarskiem, a dochód z téjże obrócić na fundusz budowy domu.

11) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że podda dyskusyi na przyszłych posiedzeniach sprawę mającego się założyć w Krakowie Towarzystwa ratunkowego.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

I. Posiedzenie w dn. 14 stycznia 1891.

Przewodniczący: kol. Mars. — Obecnych członków 28.

1) Prezes w dłuższem przemówieniu skreślił życiorys i oddal hołd zasługom zmarłego prof. Szokalskiego, honorowego członka naszego Towarzystwa, na którego pogrzebie Tow. osobiście reprezentował i złożył wieniec na trumnie imieniem kolegów krakowskich. Następnie zaznaczył stratę, jaką poniosło Towarzystwo przez śmierć ś. p. Doc. Karola Goebla. Cześć pamięci obu oddali obecni przez powstanie.

2) Sekretarz stały kol. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie doroczne z prac Towarzystwa, które i w tym roku swemu celowi w godny sposób zadość uczyniło, tak pod względem naukowym, jak i obywatelskim.

3) Skarbnik Tow. kol. Zarewicz odczytał sprawozdanie kasowe.

4) Kol. Domański zdał sprawę z funduszów „Przegl. Lek." w zastępstwie chorego kol. Cybulskiego, poczem imieniem komisyi kontrolującéj, która tak w księgach Skarbnika, jak i administratora „Przeglądu" znalazła wzorowy porządek, wniósł, aby udzielono obu absolutoryum za r. p. Wniosek przez aklamacyą przyjęto.

5) Kol. Domański wnosi, aby majątek Towarzystwa nie był jak dotąd jedynie w listach galicyjskich umieszczany, coby w razie wojny mogło narazić Towarzystwo na brak środków pieniężnych, choćby tylko przejściowo, ale aby przynajmniéj do połowy ogólnéj sumy umieścić w papierach innych krajów koronnych. Wniosek odesłano do komitetu.

6) Kol. Łazarski mówił o pracach komisyi sanitarnéj, która na czterech w r. z. odbytych posiedzeniach różne kwestyje bieżące brała pod rozwagę.

7) Kol. Jakubowski jako przewodniczący komisyi budowy domu, która zawiązana za inicyjatywą kol. Marsa prace swe w r. z. rozpoczęła, zawiadamia, iż w tym celu subskrybowano już kwotę 4120 złr., z któréj złożono w gotówce 660 złr. Piknik, który miał się odbyć stosownie do aprobaty Towarzystwa na cel budowy domu, nie przyjdzie do skutku, a odbędzie się tylko zabawa z charakterem czysto prywatnym.

8) Komisyja sprawozdawcza Virchowa i Hirscha nie była reprezentowaną na posiedzeniu. Wniosek kol. Trzebitzky'ego, aby zaraz obrać nowych jéj członków, odesłano do komitetu.

9) Kol. Gluziński zdaje sprawę z czynności komisyi przemysłowéj, która odbyła dwa posiedzenia, badała nadesłane przetwory i poczyniła starania, aby na wystawie na tegorocznym zjeździe środki przez Towarzystwo zatwierdzone osobno były reprezentowane. Na miejsce ustępującego kol. Gluzińskiego obrano jednomyślnie do téj komisyi kolegę Poniklę.

10) Bibliotekarz kol. Murdzieński odczytuje sprawozdanie doroczne.

11) Kol. Obaliński zapytuje Prezesa co do sprawozdań z funduszu wdów i sierót i po odpowiedzi Przewodniczącego czyni wniosek poparty przez koll. Domańskiego i Zarewicza, aby żądać od zarządu wspomnianego funduszu, iżby zechciał sprawozdania swe i członkom Towarzystwa krak. jako równie interesowanego przesełać. Rzecz tę ma się polecić delegatom naszym we Lwowie.

12) Prezes w przemówieniu pożegnalnem, zaznaczając ożywiony ruch naukowy naszego Towarzystwa, które we wszystkich sprawach bieżących tak żywy brało udział, dziękuje kolegom, którzy swą zawsze chętną pracą dla Towarzystwa jemu w tak wysokim stopniu urzędowanie ułatwiali.

13) Obecni przez aklamacyją przyjmują wniosek kol. Obalińskiego, wyrażający Prezesowi podziękowanie za energiczne i pełne zapału oddawanie się sprawom Towarzystwa.

Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

III. Posiedzenie w dn. 21 stycznia 1891.

Przewodniczący: Prof. Gluziński. — Obecnych członków 34, jako gość kol. Bujakowski z Druskiennik.

1) Kol. Przewodniczący dziękując za wybór zaznacza, iż dobro Towarzystwa od współdziałania wszystkich członków zawisło, mniéj zaś od czynności jednostek, prosi przeto kolegów o poparcie w pracy dla dobra i rozwoju Towarzystwa podjętéj.

2) Kol. Poniklo zastępca przewodniczącego, w krótkich słowach dziękował kolegom za wybór.

3) Kol. Hempel przedstawił preparat z zakładu prof. Browicza. Przypadek dotyczy mężczyzny 24 letniego z rozpoznaniem klinicznem *Clolelithiasis*, u którego sekcyja stwierdziła w części odźwiernikowéj żołądka wrzód okrągły wielkości dłoni dziecka. W dnie wrzodu komunikacyja z kiszką grubą, otworem drożnym dla palca. Brzegi wrzodu nierówne, naciekłe, okazują naciek nowotworowy (*carcinoma medullare*). W głowie trzustki, w wątrobie, gruczołach kreskowych i sieci liczne przerzuty. Ogólna żółtaczka i objawy hydraemii.

4) Kol. Obaliński przedstawia chorego operowanego własną metodą z powodu gruźlicy kosci stępu. Metodę tę przedstawił prelegent na drugim zjeździe chirurgów polskich. Kształt i funkcyja stopy bardzo dobra, blizny na podeszwie prawie nie widać, gojenie odbyło się *per primam*. Dla przekonania się, czy wszystkie części gruźlicze wyjęto, robił prelegent choremu injekcyje płynu Kocha, wystąpiła reakcyja miejscowa i ogólna i dlatego stopa dotąd lekko jest obrzękła. Następnie przedstawia prelegent drugiego chorego, u którego analogicznie postąpił z powodu gruźlicy kości ręki lewéj. I tu po injekcyjach kochiny wystąpił obrzęk. Co do injekcyi płynu Kocha, to stosował prelegent środek ten w 36 przypadkach. W ogóle rezultaty nie są zachęcające. Najskuteczniejszym okazał się środek ten w leczeniu *lupus*, chociaż zupełnego wyleczenia dotąd nie osiągnięto, pomimo wysokich dawek i dłuższego stosowania. U jednéj choréj już reakcyi otrzymać nie można, co zmusza do wyskrobania pozostałego nacieku.

W gruźlicy kości w wielu przypadkach uważa prelegent za korzystną drogę operacyjną po stosowaniu kochiny. Bardzo ważnym jest środek ten jako dyjagnostyczny, 1-mo, aby się przekonać po operacyi, czy wszystkie części gruźlicą zajęte usunięto, 2-do dla odróżnienia od cierpień niegruzliczych, jak to prelegent dwukrotnie obserwował w cierpieniach stawu kolanowego, gdzie po injekcyjach kochiny odczynu nie było, a leczenie w jednym przypadku przeciwreumatyczne, w 2-gim przeciwkiłowe dobry odniosło skutek. W leczeniu gruźlicy skóry i gruczołów limfatycznych za pomocą kochiny, rezultaty są mierne.

5) Kol. Kryński przedstawił zarys rozwoju nauki o ropieniu w ciągu ostatniego dziesiątka lat, biorąc za punkt wyjścia ten jéj stan, jaki stworzyły badania Virchowa i Cohnheima. Prace Kocha, Rosenbacha i innych, podawszy szereg postaci drobnoustrojowych, dowiodły niewątpliwego ich związku przyczynowego z procesami ropnemi. Równocześnie jednak podjęte badania przy pomocy najnowszych metod bakteryjologicznych wykazały, że ropienie powstać może bez współdziałania mikroorganizmów, że pewne ciała chemiczne bez udziału mikroorganizmów są w sta-

nie wywołać ropienie (terpentyna, rtęć, azotan srebrowy) i że ropienie zawsze jest wynikiem działania pewnych ciał chemicznych na tkankę, bo i samo działanie drobnoustrojów zależy od ich chemicznych wytworów. Wreszcie zaznacza prelegent kwestyję swoistości zapaleń ropnych, której rozwiązanie wypada w duchu przeczącym. Według najnowszych spostrzeżeń oprócz przyjętych ogólnie drobnoustrojów ropotwórczych i wiele innych jak: prątki durowe, *pneumobacillus* itd. mogą w pewnych warunkach wywoływać zapalenie ropne. W dyskusyi zabierali głos koll. Obaliński, Mars, Zaręba, Hempel, przewodniczący i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Józef Rosenzweig.*

IV. Posiedzenie w dn. 4 lutego 1891.

Przewodniczący: kol. Gluziński. — Obecnych członków 28.

1) Koll. Świtalski i Kosmiński przyjęci jednogłośnie na członków zwyczajnych Tow. lek.

2) Kol. Przewodniczący zawiadamia kolegów o zmianie statutu przez Tow. lek. galicyjskie.

3) Kol. Wilkosz wygłosił zapowiedziany odczyt o zapobieganiu krwotoku przy eksartykulacyi w stawie biodrowym. Metodę, o której mowa, używał w klin. krak. Prof. Bryk, a polega ona na wbijaniu 2-ch kolców metalowych, z których jeden nad trochanterem, 2-gi po wewnętrznej stronie uda. Powyżej tych kolców zakłada się opaskę Esmarcha. W ten sposób opaska nie zesuwa się, krwotoku wśród operacyi niema, jak przy zwykłej amputacyi.

W dyskusyi zabierali głos koll.: Rydygier, Obaliński i prelegent.

4) Kol. Surzycki wygłosił zapowiedziany odczyt o działaniu nowych środków nasennych (odczyt ten będzie ogłoszony w „Przeglądzie Lek“.

W dyskusyi zabierali głos koll. Wilkosz, Żuławski, Pieniążek i Obaliński.

Sekretarz: *Dr. J. Rosenzweig.*

VII. Karol Marcinkowski w literaturze i praktyce lekarskiej.

Praca doktorska: *De fontibus indicationum generatim.* Studyja w Paryżu. Stan nauk lekarskich w ówczesnej Francyi. Po powrocie do kraju wydane rozprawy: *Ueber den Werth der Transfusion des Blutes als Arzneimittel* i *Uwagi nad historyją i naturą kołtuna ze względu na przyczyny i sposób leczenia tego fenomenu.* Praktyka na emigracyi. Niektóre poglądy naukowe w listach wyrażone. Praktyka po powrocie z emigracyi. Sztab lekarski. Podróżowanie konno. Marcinkowski jako dyjagnostyk i terapeuta.

Podał

Dr. J. Zielewicz z Poznania.

(Dok. Patrz Nr. 13).

Pozostaje nam jeszcze dorzucić kilka rysów, charakteryzujących Marcinkowskiego w jego praktyce lekarskiej według tego, jakim nam go przekazała tradycyja, tudzież niektóre świadectwa piśmienne.

Powodzenie Marcinkowskiego było wyjątkowe, a miało swe źródło w tem, że już od lat szkolnych i uniwersyteckich otaczała go aureola człowieka niezwykłej miary. Młody i niedoświadczony wstępnym bojem zdobywał sobie wziętość tak, że kiedy w r. 1829, a więc w sześć lat po objęciu praktyki, ciężko zaniemógł, po kościołach poznańskich modlono się o jego zdrowie, arcybiskup Wolicki powierzył mu się w chorobie, a po śmierci tegoż prałata obywatelstwo lekarza jego publicznem uczciło uznaniem. Krótka jego działalność przedrewolucyjna w Zakładzie śś. Miłosierdzia nosiła na sobie cechę niezmordowanej pilności, obok starania o pomnożenie liczby chorych. Tradycyja też niesie, że wraz z Drem Sznejderem podejmował tamże operacyje i ze zwykłym sobie idealizmem nad operowanymi czuwał.

Na emigracyi, pracując nad wzbogaceniem swej wiedzy lekarskiej, nie odmawiał też pomocy współbraciom, a jak rozgłośnem musiało być już wówczas imię Marcinkowskiego, dowodzi wzmianka o nim w listach braci Mochnackich [1]), z których jeden, Maurycy, radził się w Paryżu nieznanego sobie przedtem poznańskiego lekarza i nazywa go „sławnym naszym Marcinkowskim“. Z listów do jenerała Chłapowskiego dowiadujemy się, że leczył także jenerała Caramana w Paryżu, a przedewszystkiem listy te są nam dowodem, że zaufanie wiernych przyjaciół ścigało go i za granicą. Radzono go się wciąż z daleka: to Maciej Mielżyński za pośrednictwem jenerała o swoje ramię, to jenerał sam o zaatakowanie ucha, które się też z czasem zupełną skończyło głuchotą. Jenerał jednak nic sobie z niej nie robił, i gdy przed nim ubolewano nad jego kalectwem, zwykł był powtarzać z cierpliwym uśmiechem: „Dosyć się już w życiu nasłuchałem;“... Marcinkowski na kilkakrotne listowne zapytania jenerała odpowiada zawsze szczegółowo, i acz pisze do nielekarza, odsłania mu swoje zapatrywania naukowe pod niejednym względem.

I tak rozpisuje się (Paryż dnia 22/4 1833) obszernie o chorobach mózgowych i widać ze słów jego, że w tym dziale chorobowym przyswoił sobie poglądy anatomiczno patologiczne swoich mistrzów paryzkich, ale kończy ostatecznie apelacyją do sił natury, która „po długim przeciągu lat leczy choroby, które my w naszem partactwie za nieuleczalne uważamy“. Mądrość praktyczna, w tem zdaniu wyrażona, nasuwa nam sposobność zwrócenia uwagi na zdanie Marcinkowskiego o ówczesnej medycynie francuzkiej, w której widział postęp, ale także i wiele urojeń teoretycznych. Przyznaje Francuzom „nadzwyczajną bystrość w wynajdywaniu środków na dochodzenie siedliska i natury choroby, ale ich lekka żywość w zastosowaniu najczęściej prowadzi do całkiem jednostronnych systematów“ (Paryż d. 21/10 1832), innemi słowy: anatomija patologiczna i dyjagnostyka fizykalna szkoły francuzkiej imponują Marcinkowskiemu, ale z terapiją tejże szkoły nie może się pogodzić. A jednak zgodnie z ówczesnemi poglądami radzi Maciejowi Mielżyńskiemu na reumatyzm ramienia zastosować moxy, na kaszel p. jenerałowej Chłapowskiej wesykatoryje i dłuższe jątrzenie rany, kościomięsak (*osteosarcoma*) u osoby w starszym wieku radzi wypalać żelazem, a dotychczas żyje i czerstwem cieszy się zdrowiem jedna z pacyjentek, której Marcinkowski w durze (tyfus) aplikował na głowę rozżarzone żelazo.

Po powrocie z emigracyi praktyka jego przybrała rozmiary ogromne, a ponieważ mieszkanie jego było zarazem główną kwaterą ówczesnych ludzi czynu, więc też — jak tradycyja niesie — panował tam ruch niezwykły. O każdej porze dnia, a często i w nocy widziano tam na schodach, w sieni, w przedpokoju rzesze chorych i interesentów wszelakiego stanu i płci, wyznania i narodowości. W poobiednich zaś godzinach konsultacyjnych odbywał się rodzaj — jak to dziś się nazywa — polikliniki, gdzie zastęp młodych kolegów, uznających w „Marcinie“, jak go poufnie między sobą nazwano — swego mistrza, asystował mu i pomagał w załatwianiu się z chorymi. Z tego sztabu lekarskiego wysyłał Marcinkowski młodszych kolegów na prowincyją, gdzie mu się zdawała potrzeba osiedlenia się lekarza. I słuchano go, bo atrakcyjną siłę Marcinkowskiego stanowiła bezgraniczna miłość kraju, wobec którego to względu wszystkie inne milknąć musiały.

Aby uczynić zadość rozległej praktyce, a nie zaniedbać spraw publicznych, których się na wątłych jego ramionach gromadziło coraz więcej, obok jazdy powozowej posługiwał się jazdą konną. Sam lubił i trzymał dzielne konie — rozstawiał je w czasie swych podróży — ale często dosiadywał też koni nieujeżdżonych, jakich właśnie mógł dostać. Że taki sposób podróżowania musiał zrujnować jego zdrowie — to rzecz jasna — ale jemu się właśnie zdawało, że konna jazda mu służy i być też może, że dla płuc jego ruch ten byłby zbawiennym w miarę używany. Twierdził zresztą, że nigdy zdrowszym się nie czuł, jak na koniu w kampanii

[1]) Listy M. Mochnackiego i brata jego Kamila itd. Poznań, 1863, str. 212.

r. 1831. Spółcześni zdumiewali się nad tym hartem i odpornością wątłego ciała, wystawionego nieustannie na bezsenność i niewygody takiego podróżowania, a wracającego po najcięższych wysileniach do nowych zajęć i do nowych trudów.

Dyjagnostykiem był Marcinkowski biegłym — terapeutą racyjonalnym i prostym [1]), a u najpierwszych lekarzy swego czasu, gdy miał sposobność z nimi się zetknąć, zyskiwał sobie uznanie swoich zdolności. „Ja znam się trochę na dyjagnozie, rzekł Marcinkowski, ale Schönlein patrzy na chorego, jak gdyby był szklany". A na to Schönlein, gdy mu te słowa powtórzono, odparł: *ja, ich möchte gern den klaren Blick Marcinkowski's haben* opowiada ks. W. Kalinka [1]), który wiadomości swoje czerpał z kół, w ścisłym z Marcinkowskim zostających stosunku.

Atoli i na to się wszyscy współcześni zgadzają, że miał w sobie owo „coś", czego ani nauką, ani staraniem nikt nie zdobędzie, a na czem właśnie polegała skuteczność jego terapeutycznych zabiegów, mimo, że zachowanie się jego wobec chorych nie miało być zbyt delikatnem, ale szczerem i nacechowanem godnością [2]).

Już za życia Marcinkowskiego wiedziano w kołach nielekarskich, że „sztuka jego miała urok, który podobno skuteczniéj niekiedy działał, niżeli środki, które przepisywał. Oblicze jego przy łóżku chorego, nieprzesadne słowa pociechy, były jak gdyby zażegnaniem choroby, do którego środek lekarski był niejako pobocznym tylko dodatkiem [3])". Są to słowa męża, wysoko wykształconego, ale nielekarza, a każdy z nas wie z codziennego doświadczenia, że psychiczne wpływy w wielu razach są ważnym czynnikiem terapeutycznym. Posługiwał się też niemi Marcinkowski w różnéj mierze i w różny sposób, jak opowiada tradycyja. Powołany raz do łoża śmiertelnie choréj młodéj kobiety, przywiózł jéj — lalkę, pięknie wystrojoną, jak dziecku mówiąc, aby się bawiła... Umiał też trafiać celnie do przekonania tych, których mu wypadło nakłonić do zabiegów terapeutycznych, nieraz nader bolesnych, a w jego przekonaniu koniecznych. I tak jenerałowéj Chłapowskiéj radzi na kaszel wesykatoryję i nie przypuszcza wcale oporu ze strony pacyjentki, ale innéj damie na kłucie w boku poleca zawłokę i tu z góry zbroi się w argumenty — tym razem patryjotyczne. W rodzinie pp. Poplińskich z pietyzmem przechowują karteczkę Marcinkowskiego z dnia 26-go kwietnia 1836 roku. W piśmie tym czytamy:

„Dr. Metzig (Leszno) doniósł mi o teraźniejszym stanie zdrowia Pani, a ja jak heretyk proponuję mu, aby Pani na bok postawił małą zawlokę. Nie myśl Pani, aby to było tak okrutne lekarstwo, jak się wydaje, boli prawda trochę, ale za to jest jednym z najskuteczniejszych środków na ciągle na nowo odzywający się ból w boku. Powiesz Pani, że na to trzeba odwagi. Anibym śmiał proponować tego, gdybym nie wiedział, że Polkom odwaga wrodzoną zaletą. Spodziewam się, że Pani méj rady nie odrzucisz. Możesz być przekonana, że z rozwagą, z namysłem i ze szczerem życzeniem polepszenia zdrowia Ci ją daję. Wasz przyjaciel
Marcinkowski".

List powyższy stoi w ścisłym związku z poglądami Marcinkowskiego na terapiję chorób płucowych. W zapaleniu płuc, jak to widzimy z jego rozprawy o transfuzyi — nie był zwolennikiem gwałtownych upustów krwi, owszem bardzo racyjonalnie twierdził, że tym sposobem zapalenie nie wstrzymamy, a organizm osłabiamy. Co się zaś tyczy gruźlicy, przypuszczał możność uleczenia jéj za pomocą częstych przetaczań krwi z osobników zdrowych, ale sam był suchotnikiem i wiedział o tem, a co do terapii swego cierpienia najwięcéj sobie samemu zawierzał, więc warto przypatrzyć się jego zabiegom około własnego wyleczenia. Otóż, jak zwykle w gruźlicy, spokój, wypoczynek kilkotygodniowy na wsi i pobyt w zdrojowiskach przywracał mu znów na jakiś czas siły. W końcu życia, gdy te środki nie wystarczały, podobno sypiał w oborze, lecząc się ciepłem zwierzęcem, później, jak to widać z listu do Macieja Mielżyńskiego (5 IX. 1846) brał mleczną kuracyję, a gdy to nie skutkowało, próbował cytryn, zimnych kąpieli nasiadowych, wreszcie przystawiał pijawki *ad anum*. I tu stawa znów na stanowisku Broussaisa, który sam i jego zwolennicy ogromnemi masami pijawek starali się przeciąć chorobę. Za pobytu Marcinkowskiego w Paryżu metoda ta kwitła jeszcze we Francyi w najlepsze, o czem we wzmiankowanych już listach braci Mochnackich, z których jeden, jeśli nie obaj, padli ofiarą suchot, można się dowodnie przekonać.

Suchoty i alteracyje psychiczne r. 1846 przecięły nić szlachetnego żywota, o którem już pierwszy jego biograf słusznie mógł powiedzieć z Horacym: *Integer vitae scelerisque purus*... Obywatel całą duszą krajowi oddany, żołnierz nieustraszony na polach bitew, jako lekarz podziśdzień żyje w pamięci naszego społeczeństwa.

Mężowie wielkiego serca o wiele trwalsze ryją po sobie ślady w pamięci potomnych, niż ludzie głębokiego tylko rozumu — pamięć mędrców zacierać się zwykła, nim nawet pisane ich księgi miały czas pożółknąć, żywa wdzięczność potomności zamogilnym żalem i wierną pamięcią ściga tych, którzy nietylko swe rozumy, ale i serca dzielili wśród braci. Mówią, że zapał rodzi cuda — bez zapału zawód nasz lekarski nie może być kapłaństwem, jakiem go namaszcza wzniosłość nauki i zadania, które mu do spełnienia przypadło w udziale... Zaprzeć się samego siebie, poświęcić nieraz szczęście rodziny i swoje dla drugich, a wśród trudów i wielorakich krzyżów, nieodłącznych od tego zawodu, wytrwać z godnością i nie skalać chorągwi, któréj się wierność przysięgło: to wszystko jeszcze nie dosyć, aby z chlubą spełnić zadanie lekarskiego żywota. Świat nas wśród mędrców liczy, że zdumieniem spogląda na sztukę, ale w jéj kapłanach rad widzieć mężów, którzy duszę swą dają dla bliźnich i za bliźnich.

Takim był Marcinkowski... *Habes in illo quod mireris, habes quod imiteris* — znajdziesz w nim wiele do podziwiania, znajdziesz i do naśladowania.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** dnia 3 kwietnia.

Komitet VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników na posiedzeniu w dniu 16 marca 1891 r. uchwalił wybór prelegentów, którzy mają wygłosić odczyty na posiedzeniach ogólnych i postanowił rozesłać zaproszenia do wzięcia udziału w Zjeździe wraz z odpowiednią odezwą i programem Zjazdu do wszystkich lekarzy i przyrodników, których adresa będą znane. W końcu zastanawiano się nad sprawą przyjęcia Gości.

Dr. Zarewicz: sekr. gener.

* Wskutek uchwały senatu akademickiego wiedeńskiego uniwersytetu począwszy od końca b. r. będzie wychodziło corocznie sprawozdanie z roku szkolnego, zawierające dokładną kronikę uniwersytecką.

* Promocyja *en mase*. D. 21 b. m. we Wiedniu jednocześnie odbyto 53 promocyj doktorandów medycyny. Z powodu, że każdy doktorand przybył w otoczeniu członków rodziny i znajomych, w auli było tak ciasno, że musiano część gości pomieścić na galeryjach, a po ukończeniu ceremonii powstał taki ścisk, że musiano powoli salę wypróżnić. Promotorem był prof. Maynert, a dziekanem prof. Zuckerkandel.

* Zeszyt marcowy *Zdrowia* zawiera bardzo ciekawy wyciąg z elaboratu przełożonego wydziału statystycznego departamentu lekarskiego w Petersburgu, dotyczący statystyki lekarzy w Rosyi. Wszystkich lekarzy, od których otrzymano żądane wiadomości, okazało się 12274 mężczyzn i 409 kobiet; liczba ta stanowi jednak tylko $^9/_{10}$ całéj ilości lekarzy istniejących w Rosyi podług źródeł urzędowych.

Stosunek lekarzy zajmujących się praktyką do ludności licząc na 100,000 mieszkańców jest dla całéj monarchii 8,4 w Rossyi europejskiéj 9.2, w Syberyi 3.8, podczas gdy podług źródeł urzędowych, zebranych przez autora, w Austryi stosunek ten jest

[1]) L. Gąsiorowski. *Zbiór wiadomości* itd. Tom III. str. 428.
[2]) Jenerał Dezydery Chłapowski. Poznań. 1885. — [3]) Cegielski l. c. str. 32.

20.8 (z r. 1886), w Niemczech 30.9, w Belgii 45.1 (1888), w Szwajcaryi 52.2 i w końcu w Anglii 63.8.

Praktyką ogólną zajmuje się 78%, reszta są specyjaliści, z których 10% stanowią terapeuci, 3.6% chirurdzy.

Stosunek lekarzy danéj narodowości do liczby mieszkańców téjże narodowości wypada:

Wielkoruskich	22.3	na miljon m. téjże narodowości
Małoruskich	32	" " " " "
Litwinów	132.5	" " " " "
Polaków	407.8	" " " " "
Żydów	560.3	" " " " "
Niemców	676.0	" " " " "

Podług wyznania: prawosławni 51.81%, katolicy 20.38, starozakonni 14.63, luteranie 10.18.

* W Nrze 3 *Kroniki Lekarskiéj* znajdujemy następującą uwagę:

Onego czasu był zwyczaj, że *Kronikę Lekarską* „powagom naukowym" darmo posyłano; wówczas mieliśmy kilkudziesięciu prenumeratorów w Galicyi i W. X. Poznańskiem. Z chwilą ustania tych dobrodziejstw literackich liczba ta zmalała do kilku za ledwie, tych jednak z końcem roku musiano wykreślić z liczby płatnych prenumeratorów, tak, że już od lat paru w całéj Galicyi niemamy ani jednego płatnego prenumeratora! — Smutne, ale prawdziwe.

* *St. Petersb. medic. Wochenschr.*, Nr. 11 podaje, że prof. M. Nencki powołania do Petersburga nie przyjął.

* Prof. patologicznéj anatomii w Würzburgu dr. Rindfleisch został wybrany 49 głosami przeciw 33 na zagranicznego członka paryskiéj Akademii medycznéj. Od czasu Franko-Pruskiéj wojny jest to pierwszy przypadek powołania Niemca na członka Akademii. Zaszczytu tego do dziś dnia dostąpili tylko Virchow, Bunsen i Helmholtz — (*St. Petersb. medic. Wochenschrift*, Nr. 11).

* Przy miastowym szpitalu w Petersburgu zostały otwarte specyjalne kursa farmakologiczne dla kobiet. Środków na utrzymanie kursów dostarczyli członkowie komitetu szpitalnego. (*Ibidem*).

* **Nekrologija**. W Wiedniu zmarł po ciężkiéj chorobie prof. położnictwa dr. Braun v. Fernwald.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie posiedzenie zwyczajne we Środę dnia 8 kwietnia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem w sali wykładowéj prof. Łazarskiego (ul. św. Anny, *Collegium physicum*). — Porządek dzienny: 1) kol. Kryński: O torbielach trzustki (z demonstracyjami); — 2) kol. Wojtaszek: a) O nowym środku antiseptycznym (sulfaminolu); b) czy sole żelaza mogą działać trująco na organizm zwierzęcy? 3) **Posiedzenie poufne w sprawie ważnéj.**

W zastępstwie Redaktora: **Prof. Dr. N. Cybulski.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.